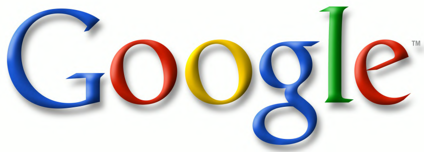


Annales de psychiatrie et d'hypnologie dans leurs rapports ...

ANNALES
DE PSYCHIATRIE
ET
D'HYPNOLOGIE

ANNALES
DE PSYCHIATRIE
ET
D'HYPNOLOGIE

DANS LEURS RAPPORTS AVEC

LA PSYCHOLOGIE ET LA MÉDECINE LÉGALE

PUBLIÉES SOUS LA DIRECTION DE M. LE

Dr J. LUYS

Membre de l'Académie de médecine
Médecin honoraire des hôpitaux de Paris

Avec la collaboration de MM.

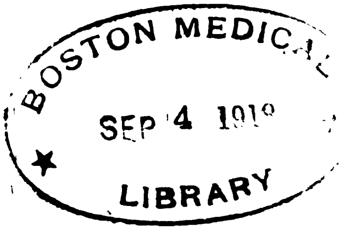
ANNÉE 1895

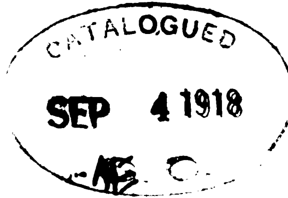
PARIS

BUREAU DES ANNALES DE PSYCHIATRIE ET D'HYPNOLOGIE

35, BOULEVARD HAUSSMANN, 35

1896


BOSTON MEDICAL
SEP 4 1918
LIBRARY


CATALOGUED
SEP 4 1918



ANNALES

DE PSYCHIATRIE

ET

D'HYPNOLOGIE

DONATION FAITE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

D'UNE

COLLECTION DE CERVEAUX MOMIFIÉS

M. le docteur J. Luys, médecin honoraire des hôpitaux, membre de l'Académie de médecine, vient d'adresser la lettre suivante au doyen de la Faculté de médecine de Paris :

« Monsieur le Doyen,

J'ai l'honneur d'offrir à la Faculté de médecine de Paris, pour le musée Dupuytren, une collection de cerveaux momifiés que j'ai recueillis, préparés moi-même et catalogués pendant mon temps de séjour dans les hôpitaux, à la Salpêtrière et à la Charité.

Je crois pouvoir dire, sans crainte d'être taxé d'exagération, que cette collection est jusqu'ici sans pareille en Europe.

Elle comprend 220 lobes cérébraux et présente des échantillons multiples de lésions du cerveau humain, depuis les plus communes — les hémiplégies vulgaires, les aphasies — jusqu'aux lésions les plus caractéristiques de la folie.

Celles-ci désormais fixées peuvent servir de base aux études jusqu'ici si mal assises de la pathologie mentale.

On trouvera réunis une série de types d'hallucinés, de monomaniaques, de délirants chroniques, avec ou sans conscience, et présentant des expressions anatomiques, en harmonie avec les symptômes observés.

Puis, des types (au nombre de 4 échantillons) relatifs à la folie périodique. Ce sont les premiers spécimens de ce genre de folie qui ont été ainsi réunis et présentés à l'examen du public médical, avec des lésions similaires qui font de la folie périodique, à juste titre, une espèce nosologique à part.

Viennent ensuite des cerveaux de paralytiques généraux avec lésions granulées dans certaines régions et atrophies concomitantes caractéristiques.

J'ai réuni ensuite un certain nombre de cerveaux relatifs à l'idiotie, à la surdité, à la surdi-mutité. D'autres ont été recueillis chez des borgnes, chez des amputés, et présentant des lésions atrophiques spéciales, etc.

Ce sont là des échantillons de choix, auxquels je me propose de joindre quelques autres que je tiens en réserve (entre autres un cerveau de sujet hypnotisé, le seul connu qui existe à présent), et qui permettent au point de vue de la morphologie des cerveaux humains, de se faire une idée rapide et exacte sur la rareté ou la fréquence de telles dispositions anatomiques, sur la signification de telle ou telle lésion, puisque immédiatement on peut consulter à titre de vérification les 220 lobes cérébraux que l'on a présents sous les yeux.

Comme étalon, j'ai présenté quelques types normaux de cerveaux humains de jeunes sujets, hommes et femmes, doués d'intelligence normale et pouvant ainsi servir de point de repère entre les différences extrêmes, les développements et les atrophies de certaines régions. Ce qui, au point de vue purement anatomique, permet de constituer le type d'un cerveau *moyen*.

Je suis heureux d'offrir à la Faculté de médecine de Paris cette collection qui a été le résultat de mes recherches patientes pendant vingt années, collection que j'ai, en outre,

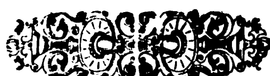
enrichie depuis par des types nouveaux. C'est là une partie de mon labeur que je lui lègue et en quelque sorte mon héritage scientifique, heureux que je suis d'en faire profiter mes successeurs et d'apporter une pierre à l'édifice des études neurologiques qui sont assurément à notre époque une gloire de la science française.

Veuillez agréer, monsieur le doyen, l'hommage de ma considération la plus distinguée.

Novembre 1894. J. LUYS.

En échange, je demande à la Faculté de vouloir accepter cette donation et lui réserver une place au musée Dupuytren, et de bien vouloir inscrire mon nom comme donateur.

Un catalogue détaillé va prochainement être imprimé ; je le joindrai à cette donation.



DES PSEUDO-GUÉRISONS

DANS LES

MALADIES RÉPUTÉES INCURABLES

Par le Dr P. MOREAU, de Tours.

Malgré tous les efforts de la science, il existe malheureusement encore des affections qui sont regardées comme au-dessus des ressources de la thérapeutique.

Cependant on rencontre journellement des médecins éclairés et dont on ne peut, en aucune façon, suspecter la bonne foi, qui affirment avoir guéri l'une de ces redoutables affections.

Cette affirmation n'aurait sans doute pas lieu de surprendre dans la bouche d'un de ces hommes qui ne craignent pas de tromper l'honnête confiance du public en annonçant par tous les moyens possibles une recette infaillible pour guérir telle ou telle maladie rebelle à tout traitement ; mais venant d'hommes instruits et consciencieux !....

Que devons-nous croire ? Aurait-on méconnu la maladie ? Y aurait-il eu erreur de diagnostic ? Y aurait-il réellement des médicaments jusqu'alors inconnus capables de produire ces guérisons miraculeuses ?

Non : aucune erreur n'a été commise ; le diagnostic était exact, et tous les moyens de traitement ont été évidemment inefficaces, et cependant il y a eu GUÉRISON, du moins selon toutes les apparences.

Essayons d'expliquer ce qui s'est passé.

Si, avec la majorité des auteurs, on veut bien admettre que certaines maladies, et en particulier celles du système nerveux, ayant entre elles une liaison plus ou moins intime, peuvent, à un moment donné, sous l'influence d'une cause quelconque, subir une sorte de transformation, de substitution réciproque (fait pathologique sur lequel un auteur ancien, Lorry, a jeté les clartés les plus vives), la question que nous posions à l'instant se trouve résolue.

Il n'est pas rare d'entendre parler de la guérison d'un épileptique, d'un phtisique, d'un scrofuleux, etc... Qu'on veuille bien se donner la peine de rechercher attentivement, d'examiner de près un phénomène si étrange, si contraire à toutes les notions acquises, qu'on s'informe avec soin de l'état de santé

du malade depuis sa guérison, et on apprendra, si même on ne l'a pas déjà constaté par soi-même, que la maladie première a bien effectivement disparu depuis un temps plus ou moins long, mais qu'en revanche la personne *guérie* présente des phénomènes nouveaux, phénomènes qui n'avaient jamais existé chez elle, en un mot, qu'elle se trouve sous le coup d'une autre maladie.

Le résultat obtenu est donc en réalité nul ou à peu près. Faut-il s'applaudir dès lors d'un tel succès ? Y a-t-il réellement des cas où il y ait lieu de chercher à l'obtenir ? Quelles sont les diverses transformations que peuvent subir les affections incurables et simuler une guérison ?

Pour répondre à ces diverses questions, nous allons passer rapidement en revue les quatre ou cinq principales maladies de ce genre, sans insister plus longuement, convaincus que nous ne ferons que rappeler à la mémoire de chacun des faits communs, dont on s'était contenté de constater un résultat qui dans la science passait pour exceptionnel, sans chercher autrement à l'expliquer.

Parmi les affections incurables, les unes appartiennent au système nerveux, les autres à l'économie tout entière *totius substantiæ.*

Nous prendrons pour type des premières les deux plus connues et en même temps les plus implacables dans leur transmission ; nous avons reconnu l'épilepsie et la paralysie générale.

L'ÉPILEPSIE, l'une des plus anciennes et des plus terribles maladies affligeant l'humanité, est en même temps l'une des plus rebelles à tout traitement. Qu'on parcoure la liste des moyens thérapeutiques prônés contre cette affection, la longueur de l'énumération répondra suffisamment de la valeur de chacun de ces spécifiques infaillibles.

Cela n'empêche pas de citer des cas authentiques de guérison. Il est vrai effectivement, et nous ne l'ignorons pas, que tel malade a cessé d'avoir de grandes ou de petites attaques, des vertiges, etc... L'intelligence un moment obscurcie par la répétition incessante des accès s'éclaircit, la raison revient et la prétendue guérison a lieu. Il peut se passer ainsi plusieurs mois, plusieurs années ; le malade qui a repris le cours de ses occupations, vaque à ses affaires tout comme s'il n'avait jamais été en proie à cette terrible affection ; mais un observateur attentif découvrira au sein même de cette tran-

quillité des nuances de détails qui lui feront mal présager de l'avenir, et à un moment donné on assistera à des attaques d'hystérie, de chorée, d'asthme, d'angine de poitrine... (1) etc., et surtout et le plus souvent au développement rapide d'une phtisie pulmonaire.

Quel est donc le traitement qui a pu produire ce résultat ? aucun : l'art est impuissant, la nature seule a le secret de ces transformations.

A l'appui de ce que nous avançons, nous croyons utile de donner en peu de mots un exemple remarquable d'une névrose, l'épilepsie, remplacée par d'autres névroses. A... est entrée à la Salpêtrière en 1851 comme épileptique, son affection revêtait les formes les plus graves. Au bout de 15 ans, une nouvelle fâcheuse détermina une attaque des plus graves. Ce fut la dernière crise convulsive.

Depuis, les accès ont été remplacés d'abord par de l'angine de poitrine, puis celle-ci a fait place à un asthme violent qui lui-même tend à disparaître complètement. Actuellement (1877) A... ne présente plus qu'une sorte de tic portant sur les yeux et la bouche, assez violent parfois pour l'obliger à interrompre son travail de couture. D'après ses remarques personnelles, ce tic est devenu beaucoup plus accentué depuis que les accès d'asthme sont devenus plus rares.

La réciproque est vraie, et ce que nous disions de l'épilepsie s'applique également à un certain nombre d'autres névroses, et bien que nous croyions inutile d'insister plus longuement, nous ne pouvons passer sous silence le fait suivant :

Rose V... devint sujette à des accès hystériques d'une grande intensité. Au bout de trois ans, elle fut placée dans une maison de santé. Pendant deux ans, R.. resta dans le même état, la menstruation très irrégulière tandis que les autres fonctions ne présentaient rien de particulier. Dans le commencement de la troisième année il se manifesta peu à peu des signes d'altération organique dans les poumons, et à mesure que cette maladie faisait des progrès, les accès hystériques diminuaient en intensité comme en fréquence, l'intelligence devenait de plus en plus libre. Le retour à la raison fut bientôt parfait, mais la malade succomba en même temps à l'affection pulmonaire qui avait jugulé la folie. (*Annales médicales Belges*, 1843.)

(1) De l'hystéro-épilepsie, *Dunant. thèse de Paris* 1893. (Observations recueillies dans le service du Dr Moreau de Tours, à la Salpêtrière.)

Paralysie générale. — Cette affection est une des mieux connues de la pathologie mentale et son incurabilité n'est mise en doute par personne. Ici encore cependant il n'est pas rare d'entendre parler de la guérison d'un paralytique général. Mais qu'on ne s'y trompe pas, ce n'est en réalité qu'un phénomène propre à la maladie et qu'on rencontre parfois dans son cours. Ce n'est donc point une guérison ; c'est simplement une rémittence due, dans un grand nombre de cas, nous dirions volontiers à l'intervention brusque ou lente d'une maladie incidente. Dans les cas où elle doit se produire, on voit les symptômes s'amender : l'embarras de la parole diminue, les sons articulés plus nettement, le « chantonnement » si caractéristique disparaît en partie ou même complètement, les idées ambitieuses ou hypochondriaques s'éloignent, et si elles persistent, elles se produisent sous des dehors qui n'ont rien d'extraordinaire. Le système nerveux moteur reprend presque constamment son énergie première ; les jambes retrouvent leur vigueur, les bras leur force, les doigts leur agilité. Ces malades rendus à la liberté se conduisent convenablement dans le monde, ils raisonnent juste, ils ont la conscience d'avoir été aliénés et sont les premiers à rire des folles idées qui à cette époque habitaient leur cerveau. On comprend sans peine qu'un pareil état puisse en imposer à un observateur superficiel, mais il ne faut pas oublier que même dans les cas simulant le plus la guérison, l'intelligence ne revient jamais à sa complète intégrité. Des faits regardés comme insignifiants n'échappent pas au médecin attentif et acquièrent à ses yeux une importance toute spéciale. M. Baillarger, insistant sur cet état particulier, a avancé avec raison que si ces malades ne pouvaient plus être assimilés aux aliénés, ils devaient néanmoins être regardés comme atteints d'une faiblesse d'esprit qui les rend incapables de résister au moindre entraînement et d'administrer en toute liberté d'esprit leurs intérêts et ceux de leur famille. La durée de ces rémittences est très variable ; elle peut aller de quelques mois à plusieurs années (presque tous les auteurs en ont rapporté des observations) et même, dans un cas cité par Ferrus, durer deux ans. Mais c'est là un fait exceptionnel, et en réunissant tous les exemples connus on arrive à conclure que, dans la paralysie générale, les prétendues guérisons ne sont autres que des rémittences prolongées au delà des limites ordinaires. Quoi qu'il en soit, c'est la un but qu'il faut chercher à atteindre. L'amélioration est presque une guérison et

la possibilité de l'obtenir est un puissant et sérieux encouragement. Qui peut dire ce que l'avenir nous réserve ?

Arrivant aux maladies générales, nous nous trouvons en présence d'un nombre considérable de cachexies dont nous ne citerons que les plus importantes, c'est-à-dire la phtisie, la scrofulose, le cancer.

Phtisie. — « Il faut bien admettre de nos jours, dit le Dr de Pietra-Santa dans son ouvrage sur le traitement de la phtisie, qu'elle n'est ni radicalement incurable, ni fatalement mortelle, cette implacable maladie qui occupe la première place dans les tables de la mortalité générale du genre humain, qui décime les populations de toutes les races, qui sévit sous toutes les latitudes, qui se rencontre dans toutes les classes de la Société, qui frappe tous les sujets à tous les âges de la vie ! »

Avec notre savant confrère, nous admettons que l'on voit des cas de guérison authentique de pthisie, et nous-même pourrions en citer ; mais hélas ! avouons-le, combien peu nombreux sont-ils ces exemples où la guérison a eu lieu dans toute l'acception du mot ? Le plus souvent on constate la guérison de la phtisie pour assister à la perte des facultés intellectuelles.

Aujourd'hui nul ne met en doute qu'il n'y ait une relation entre les affections de poitrine et les affections cérébrales, et ce fait avait déjà été signalé par les auteurs anciens, surtout par Vérale, Willis, Bonnet, Morgagni, etc.

Dans le cours des recherches que nous avons faites sur les rapports d'hérédité entre la phtisie pulmonaire et l'aliénation mentale, nous avons été à même de constater à maintes reprises, que plusieurs de nos malades, aliénés actuellement, avaient été phtisiques et que, depuis que « la tête s'était prise», toutes traces de symptômes pulmonaires avaient complètement disparu, la santé était revenue et d'autant plus florissante que l'intelligence était plus profondément atteinte. Parfois cependant nous avons vu, après un espace de plusieurs années, les phénomènes cérébraux disparaître, la poitrine se reprendre et jusqu'à la mort le malade conserver une intelligence pleine et entière.

Telle est le cas d'une jeune femme que nous avons eu l'occasion d'observer à la Salpêtrière.

C. F.., 29 ans, entre le 23 février 1875 dans le service du Dr Moreau, de Tours. Elle est atteinte d'un délire franc des

persécutions. D'après les renseignements fournis par la famille, F... fut déclarée phtisique par le médecin qui la soignait. A la suite des privations du siège, « la tête s'est prise », mais en même temps la santé physique revenait, et les symptômes pulmonaires disparaissaient. A son arrivée, et amenée avec le plus grand soin, nous ne trouvâmes que des signes insignifiants. Dans les premiers jours de 1876, l'excitation cesse, le calme revient progressivement, les idées fausses s'en vont, mais en revanche les poumons deviennent le siège d'une poussée aiguë assez violente ; des hémoptysies se produisent et le 7 avril 1876 la mort arrive, la malade ayant depuis longtemps recouvré la plénitude de ses facultés intellectuelles. A l'autopsie nous avons pu constater, outre les lésions récentes d'une phtisie avancée, des cicatrices d'anciennes cavernes correspondant aux symptômes observés autrefois ; il y avait donc eu réellement guérison de la tuberculose.

Tel est aussi le cas cité par Lynch d'un phtisique qui devint fou, maniaque, et vécut encore quinze ans sans aucune altération ultérieure des poumons.

Scrofulose. — La scrofule, une dans ses manifestations peut cependant être considérée sous trois aspects bien différents au point de vue de son pronostic et par suite de sa terminaison.

Dans le jeune âge, cette affection, lorsqu'elle se montre, peut presque toujours être facilement enrayée par une hygiène bien entendue et un traitement bien approprié.

Plus tard, lorsque l'enfant atteint l'âge de puberté, il peut se produire une modification heureuse et tous les symptômes disparaître ; mais le mal reste à l'état latent ; nous n'en voulons pour preuve que la tendance, que les lésions articulaires chez des sujets (entorses, luxations, etc.), ont à se transformer en tumeurs blanches.

Enfin, dans un troisième degré, et c'est celui que nous avons surtout en vue ici, la scrofule est confirmée, elle existe depuis un certain nombre d'années. Cependant, encore dans ce cas, on constate des guérisons. Lorsque la maladie doit avoir une heureuse terminaison, les symptômes s'amendent, mais l'amélioration se fait lentement ; le sujet reste ordinairement faible et débile toute sa vie. Il faut souvent des années pour que la guérison s'effectue.

On assiste à la disparition successive de tous les symptô-

mes, seulement la phtisie qui était pour ainsi dire à l'état latent, éclate et marche avec une rapidité effrayante.

Le travail ulcéreux et hypertrophique s'est en quelque sorte concentré dans les poumons et le malade ne tarde pas à succomber aux progrès de son nouveau mal. (Il est en effet, d'observation que les tubercules se montrent très fréquemment chez les scrofuleux, beaucoup plus fréquemment chez eux que chez les individus qui n'ont présenté aucune trace d'écrouelles.)

Encore ici dans le langage du monde la scrofule a guéri ; cependant, pour être exact, il faudrait ajouter : mais elle est remplacée par une autre maladie plus terrible encore.

Nous devons appeler l'attention sur un autre mode de terminaison qu'on peut à plus juste titre qualifier de guérison. Il n'est pas rare dans les asiles spéciaux de voir les phénomènes scrofuleux cesser complètement chez un individu et faire place à une affection nerveuse ou mentale, amenant dans tous les cas une démence incurable. Nous ne citerons à ce propos qu'un fait qui nous paraît suffisamment propre à mettre en lumière ce que nous avançons.

H..., 25 ans, entre à la Salpêtrière le 4 mars 1872, comme hystérique. D'après la mère, H..., dans son enfance, présentait tous les signes de la scrofule. (Maux d'yeux, grosseurs au cou, etc..), l'intelligence était vive et elle put même se faire recevoir sous-maîtresse dans une pension. A la suite de la guerre des émotions morales de divers ordres déterminèrent des crises nerveuses de nature hystérique. Mais en même temps on constatait une amélioration notable dans la santé physique.

Pendant cinq ans que nous avons suivi la malade, nous l'avons toujours vue jouir d'une bonne santé et n'étaient-ce les traces indélébiles laissées par les abcès, rien dans l'état actuel de H... ne laisserait soupçonner l'existence *passée* de la scrofule. Mais, d'un autre côté, nous avons assisté à la perte rapide de l'intelligence. Il ne reste plus rien des notions acquises autrefois ; H... est tombée rapidement en démence. Les attaques nerveuses ont presque également cessé et à peine en compte-t-on deux ou trois par an.

La scrofule a donc été bien jugée par l'hystérie, laquelle à son tour a fait place à une démence rapide et incurable.

Cancer. — Signalons, avant de terminer, deux affections qui semblent également devoir guérir par transformation : le can-

cer et certaines affections de la peau. Mais ici les documents nous manquent pour élucider cette question. Tout le monde sait qu'il y a certaines variétés de cancer (mélanoïde, ostéoïde, encéphaloïde, squirrhe, etc.), dont la guérison complète est problématique. Abandonnée à elle-même, cette affection est constamment mortelle. L'intervention chirurgicale dans certains cas peut, il est vrai, éloigner la récidive à de si longues échéances que l'on est en droit de considérer le malade comme guéri. Mais ce résultat ne serait-il pas négatif si on pouvait suivre l'opéré pendant un grand nombre d'années ? Or c'est là un fait difficile à mettre à exécution.

Il en est de même pour quelques maladies chroniques de la peau; le vieux précepte qui les considère comme un gage de santé et de longue vie est vrai; on n'y touche pas impunément. Il n'est aucun médecin qui n'ait vu des désordres de l'intelligence, des troubles pulmonaires, se produire à la suite de la suppression intempestive d'une éruption cutanée. Cependant, encore ici, il y aura guérison de la maladie, mais non du malade.

Nous terminons ici cet aperçu rapide; nous avons voulu appeler l'attention sur ce point de pathologie et tenir en garde contre ces prétendues guérisons miraculeuses qui font malheureusement tant de dupes.

Cependant, avant de finir, nous croyons devoir ajouter un mot de pronostic et chercher quelles sont les personnes chez lesquelles on pourra prédire ces phénomènes de substitution. C'est à l'hérédité, à l'hérédité seule que nous nous adresserons pour résoudre cette question.

Si nous nous trouvons en présence d'une affection névropathique et que nous apprenions que dans la famille on ne trouve absolument d'autres antécédents que des phtisiques, nous serons en droit de dire: oui, le malade pourra guérir de son affection nerveuse, mais il y aura de grandes craintes à avoir pour sa poitrine, et il succombera alors à la phtisie complètement guéri de sa première maladie. Ce changement, quand il a lieu, ne se fait pas immédiatement, brutalement, il se passe parfois plusieurs années entre la cessation des phénomènes nerveux et l'apparition des phénomènes pulmonaires, mais une fois ceux-ci bien établis, ils suivent une marche ordinairement rapide, et la raison revenue persiste jusqu'à la mort.

Tel est le cas d'une jeune femme que mon père a eu à soigner.

« Lorsqu'en 1861, je pris le service des épileptiques à la Salpêtrière, j'y trouvai une jeune fille âgée de 19 ans, entrée à l'hospice le 26 avril 1858. L... était atteinte d'une névrose dont la gravité vraiment exceptionnelle était telle que, pendant les cinq années que le service m'a été confié, je n'ai rencontré qu'une seule malade qui pût lui être comparée. C'était un assemblage de phénomènes épileptiques, hystériques, choréiques, etc.

« Vers la fin de 1862, L... éprouva un mieux assez prononcé pour qu'il me fut permis de la rendre à sa famille (29 novembre). Deux mois après, L.. rentre à la Salpêtrière dans un état à peu près semblable au précédent, si ce n'est pire (31 janvier 1863).

Quatre ans après sa rentrée la malade s'améliore graduellement et se trouve bientôt en état d'obtenir de nouveau sa sortie (17 novembre 1867).

« Je revis la malade plusieurs fois depuis sa sortie ; la guérison s'était maintenue. Il y deux mois environ (février 1879), étant de passage à Paris, elle vint me voir. Je la félicitai et de sa nouvelle position et de sa santé actuelle. Pourquoi dois-je ajouter que je fus tout d'abord douloureusement impressionné à l'aspect général de la jeune femme ? je la trouvai maigrie, pâle, les joues creuses, les pommettes saillantes et rosées, etc., sans se plaindre de sa santé qui, disait-elle, était devenue un peu moins bonne depuis ses couches, elle a moins de forces ; ses douleurs d'autrefois, suivant elle, se sont portées entre les épaules, mais elles sont infiniment moins fortes. Je n'insistai pas, mais il fut pour moi de toute évidence que la maladie héréditaire qui jusqu'ici avait sommeillé, était restée latente, avait pris la place de l'état névropathique. Dans notre conviction, l'existence de cette intéressante malade est gravement compromise.... à moins que l'ancienne névrose ne reprenne encore une fois le dessus. »

Ce que nous disons ici des névropathes devenant phtisiques, nous le dirons de même et réciproquement des phtisiques devenant aliénés ; on verra alors les symptômes de l'affection physique s'arrêter et la raison jusqu'alors intacte se perdre progressivement et finalement la maladie mentale revêtir la forme de l'incurabilité, tandis que la santé générale s'est considérablement améliorée, et à l'autopsie on constatera la cicatrisation des lésions anciennes.

De tout ce qui précède, nous croyons pouvoir conclure :

1° Au point de vue scientifique, et dans l'état actuel de la science, les affections *réputées* incurables le sont en réalité et dans tous les cas.

2° Une observation minutieuse et suffisamment prolongée prouvera que la prétendue guérison n'est autre chose qu'une transformation ; et quant à ce qui regarde en particulier les maladies du système nerveux, la guérison ne peut s'établir sans laisser après elle quelque phénomène nerveux qui rappelle constamment qu'il a été sujet à des accidents convulsifs.

3° Il y a lieu de chercher à obtenir ces transformations qui non seulement peuvent revêtir un caractère moins pénible pour le malade et ceux qui l'entourent, mais sont de plus un acheminement vers les recherches thérapeutiques propres à amener une guérison véritable. Des faits indiqués dans ce travail reposent sur de nombreuses observations dont plusieurs nous sont personnelles. Notre but a été d'attirer l'attention sur ce mode de terminaison de certaines maladies, de provoquer les réflexions de nos confrères et de les engager à produire les faits qu'ils ont pu observer dans leur clientèle hospitalière ou privée.



SUR LA

Réalité objective des effluves lumineux magnétiques

PERÇUS PAR CERTAINS SUJETS

En décembre 1891, je donnais mes soins à Mlle Galt.., institutrice, âgée de 25 ans, d'esprit fort cultivé, très sérieuse, très pondérée, atteinte de désordres menstruels consistant en règles irrégulières et douloureuses et de névralgies variées.

Témoin de la guérison rapide et radicale par le traitement hypnotique d'une de ses amies, tombée, par suite de troubles dyspeptiques et menstruels, dans un véritable état de marasme rebelle, jusque-là, à tous les traitements, elle m'avait prié de lui procurer le bénéfice de la même méthode.

Au début, en dépit de tentatives variées, il ne me fut pas possible d'obtenir le sommeil hypnotique proprement dit, ni de suggestionner utilement ma malade : par contre, elle présenta des aptitudes très remarquables et très particulières, révélant un sujet magnétique de premier ordre.

Réfractaire aux moyens habituels, elle était influencée extraordinairement par les passes et très sensible à l'attraction et, en général, aux actions à distance, ce qui me donna l'occasion de faire, avec son consentement, bien entendu, de très intéressantes expériences qu'il n'y a pas lieu de relater ici.

Entre autres particularités, elle voyait, à l'état normal, les effluves que Reichenbach appelle odiques, sortir de ses doigts et plus abondamment des miens, ainsi que des bords et de la surface d'un verre d'eau qu'elle tenait à la main. On voudra bien croire que je faisais le possible pour éviter toute influence suggestive dans ces recherches. Je me suis d'ailleurs toujours imposé comme règle d'enregistrer les phénomènes qui se présentent tels que le hasard me les offre, convaincu qu'une méthode quelconque, en pareil sujet, ne peut que nuire à l'exactitude de l'observation.

Un soir (c'était le 18 décembre), Mme B***, institutrice aussi dans le même établissement, étant présente, j'avais fait placer la dite dame B*** entre la lampe et moi, de manière que je me trouvais dans l'ombre projetée par elle.

Mlle Galt.... déclara spontanément qu'elle voyait mes yeux lumineux, mobiles et projetant de longs effluves analogues à ceux qu'elle avait vus jusque-là sortir de mes doigts ou des siens, mais beaucoup plus brillants.

Voulant me convaincre de la réalité du fait, je fis éteindre la lampe ; les volets pleins étant fermés, il faisait nuit noire. Je priai le sujet de nous rendre compte de ses impressions. Ici je copie textuellement mes notes prises le soir même.

« Regardez-moi. Que voyez-vous ? »

« Deux colonnes lumineuses sortant de vos yeux, et au-dessous deux autres colonnes parallèles plus rapprochées..... Elles sortent des narines. »

« Et maintenant ? »

« Au-dessous des quatre colonnes lumineuses, je vois un autre faisceau de *lueurs* ; on dirait une main. Vous avez la main près de votre menton. »

C'était exact.

« Et maintenant ? »

« Je vois un autre faisceau comme le premier, en dehors et plus bas. »

C'était ma main gauche que je venais de placer à côté et un peu en dessous de la droite.

Mlle Galt.... continua encore un moment à décrire très exactement les changements de place de ma tête ou de mes mains. L'obscurité était telle que Mme B..., témoin, ne distinguait rien de ma personne, bien que placée plus près de moi que le sujet.

J'ai répété la même expérience plusieurs fois avec ce sujet, toujours avec le même succès.

Il m'a semblé utile de publier ce fait.

Rapproché des faits de même nature familiers à Reichenbach, étudiés depuis, de plus près, par le Dr Luys et le colonel de Rochas, il tend à confirmer la réalité objective admise par ces auteurs, des effluves lumineux que certains sujets voient surgir de la surface des corps, principalement des pointes, et des orifices naturels du visage.

On remarquera que Mlle G. était ou paraissait être dans son état normal. Je dis *paraissait* : car je crois que le fait seul de ma présence créait un état particulier qu'elle ne pouvait définir autrement qu'en disant qu'elle se sentait autre.

Dr H. GOUDARD.

CONGRÈS FRANÇAIS

DES

MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES

Cinquième session tenue à Clermont-Ferrand du 6 au 11 août 1894

Séance du 10 août (soir) 1894.

Nouvelle méthode de fixation et d'imprégnation interstitielle des nerfs à myéline.

M. RENAUT (de Lyon). — L'obstacle principal à l'étude des lésions des nerfs à myéline consiste dans les altérations spontanées qu'ils subissent entre le moment de la mort et celui de l'autopsie. Quand il s'agit de ramifications nerveuses engagées dans la peau, dans une muqueuse ou dans un organe accessible à une injection interstitielle à travers les tissus, je veux démontrer qu'on peut tourner la difficulté et mettre en évidence les fibres nerveuses avec tout leur dispositif conservé, y compris les formations endothéliales de leur gaine de Henle ôu de leur gaine lamelleuse.

La méthode que je vais décrire est fondée sur ce fait que dans un mélange de solutions d'acide picrique, d'acide osmique et de nitrate d'argent dans l'eau il ne se fait aucun précipité perturbateur, ni dans le liquide ni dans les tissus où le mélange est injecté. Partout où pénètre ce mélange, l'acide osmique, l'acide picrique et le nitrate d'argent effectuent conjointement leurs réactions histochimiques ordinaires qui s'additionnent purement et simplement, sans modification aucune de leur actions respectives sur les éléments anatomiques.

Pour arriver à ces résultats dans la peau ou dans une muqueuse, on effectue d'abord le mélange suivant, que j'appelle *liquide jaune osmio-picrique* : solution saturée d'acide picrique dans l'eau distillée, 1 volume ; solution d'acide osmique à 1 °/₀ dans l'eau distillée, 1 volume.

A 4 c. c. du liquide jaune on ajoute 1 c. c. d'une solution de nitrate d'argent à 1 °/₀ dans l'eau distillée, puis on charge de ce nouveau mélange, qu'on peut appeler *liquide jaune argentique*, une seringue de Pravaz munie d'une canule d'or ou de platine iridié. On pratique ensuite dans le tissu vivant,

s'il agit d'un fragment enlevé par biopsie ou aussitôt après la mort, une injection interstitielle. Celle-ci une fois faite, on peut attendre pour achever le durcissement par l'alcool : les éléments anatomiques sont fixés, les vaisseaux sanguins et lymphatiques le sont aussi à l'état de déploiement ; toutes les formations épithéliales et endothéliales atteintes sont imprégnées d'argent. S'il s'agit d'une autopsie, on remettra donc au lendemain le prélèvement des points où l'on a fait des injections et qui renferment des nerfs à explorer : leurs lésions auront été saisies telles qu'elles sont au moment même de la mort.

Voyons maintenant dans quel état sont fixés les nerfs normaux engagés dans les tissus. Voici des préparations faites sur la peau et le tissu cellulaire sous-cutané de la lèvre d'un homme atteint de cancroïde. Je ne parlerai pour le moment que des résultats de l'injection interstitielle faite loin de la tumeur, là où la peau était saine. Dans les limites de l'injection interstitielle tous les cordons nerveux sont fixés et imprégnés par l'osmium et par l'argent. Autour des troncs et des troncules la gaine lamelleuse, puis celle de Henle, sont imprégnées d'argent. Pour la gaine de Henle on constate une série de faits intéressants : tout d'abord, c'est la différence essentielle qui existe entre cet endothélium et celui des lymphatiques voisins, lequel est formé de cellules sinueuses. En second lieu on voit que là où les troncules nerveux traversent des plans fibreux sériés et même tendiniformes, la gaine de Henle garde son calibre régulier, à peine rendu un peu moniliforme par les formations élastiques ambiantes qui la font varier de distance en distance. Et à l'intérieur de la gaine elle-même, qui a été fixée comme soufflée à l'entour et à distance des fibres nerveuses, on peut conclure hardiment qu'il n'y a pas de lymphe, mais bien un liquide non albumineux consistant en de l'eau plus ou moins chargée de sels minéraux.

Dans l'état normal la cavité vaginale des troncs et des troncules nerveux renferme donc non de la lymphe, mais bien un liquide aquiforme, protégeant les fibres nerveuses contre les actions extérieures.

A l'intérieur de la gaine de Henle on voit les fibres à moelle avec leurs segments interannulaires et la disposition de la myéline qui a été colorée en noir par l'acide osmique. Au niveau des anneaux des nerfs on peut observer, imprégnés par l'argent, la plupart des renflements biconiques ; le renflement biconique se montre toujours au milieu et en travers de l'an-

neau ; c'est son pourtour qui répond à la branche transversale de la croix d'imprégnation de Ranvier. La substance qui forme ce petit corps est brillante, tandis que le cylindre-axe reste pâle. Mais dans mes préparations on ne voit pas la branche longitudinale de la croix d'imprégnation de Ranvier ; c'est dire qu'ici les stries de Frommann manquent sur le cylindre-axe, entre le corps biconique et les reflets de la myéline.

Ce fait, minime en apparence, prend au contraire une grande importance quand on se rappelle que tout au contraire sur les nerfs, par exemple, dissociés dans une solution de nitrate d'argent, les stries de Frommann du cylindre-axe ne manquent jamais.

Or, que signifient ces stries ? Simplement, comme l'a montré Ranvier, que le nitrate d'argent a pénétré peu à peu par l'étranglement annulaire jusqu'au cylindre-axe et que par analogie on peut considérer l'anneau comme la voie que suivent les cristalloïdes de la nutrition pour atteindre ce même cylindre-axe, mais l'observation que nous venons de faire à l'aide d'une méthode nouvelle fait faire un pas de plus à la question. Nous venons de voir que le corps biconique étant fixé et coagulé net par le réactif osmio-picro-argentique, les cristalloïdes tels que la solution de nitrate d'argent ne pénètrent plus jusqu'au cylindre-axe. C'est donc que le dialyseur entre le plasma nourricier ambiant et le filament axile n'est autre chose que le corps biconique lui-même et, quand il est figé par la coagulation brusque et rendu imperméable, la porte de la nutrition reste en effet fermée au cylindre-axe. Les cristalloïdes suivent donc bien la voie de ce petit corps colloïde pour pénétrer jusqu'au filament axile dont il n'est ni une excroissance, ni un renflement, car le liquide jaune argentique laisse ce cylindre-axe incolore, tandis qu'il rend le corps biconique réfringent, brillant et qu'il teint la marge en noir pur.

Voici donc, par la nouvelle méthode que je viens d'indiquer, deux problèmes : l'un relatif à la gaine endothéliale, l'autre à la constitution et à la nutrition du nerf à myéline lui-même, qui se trouvent élucidés. Il est clair qu'il en serait de même de toute lésion de la gaine ou de la fibre nerveuse consécutive à la névrite, à l'œdème, à la périnévrite. Je crois donc bien avoir imaginé un moyen d'étude nouveau qui donnera de bons résultats aux anatomo-pathologistes et aux neurologistes.

Un cas de myxœdème opératoire traité par l'ingestion de glande thyroïde de mouton.

MM. Brissaud et Souques (de Paris). — Nous avons observé récemment une malade âgée de quarante-six ans qui, à la suite d'une thyroïdectomie partielle pratiquée pour un goitre plongeant, présenta d'abord des phénomènes de tétanie et, plus tard, de myxœdème.

A son entrée à la Salpêtrière, elle offre les signes habituels, mais atténués, du myxœdème, c'est-à-dire l'infiltration des téguments, la suppression des fonctions cutanées, la raréfaction des poils, etc. Les troubles de l'intelligence sont peu accusés. La malade se plaint surtout d'une sensation extrême de refroidissement et de somnolences invincibles.

Le 24 juin, elle pesait 58 kilogrammes ; sa température centrale était de 36°8 ; son pouls battait 84 fois par minute et le taux de ses urines oscillait entre 800 et 1,000 grammes.

Le lendemain elle commençait le traitement en prenant un lobe frais et cru de glande thyroïde de mouton. Les quatre premiers jours, elle prit un lobe par jour, puis un lobe tous les deux jours. Depuis quatre semaines que ce traitement est commencé, la malade a ingéré en tout quinze lobes de corps thyroïde. Dès les premiers jours, la température augmenta de quelques dixièmes de degré, le pouls devint plus fréquent, la diurèse s'établit (1,500 à 1,800 grammes en vingt-quatre heures). La désinfiltration ne tarda pas à devenir manifeste ; les sensations de froid, la somnolence, la torpeur disparurent rapidement. Les sueurs, supprimées depuis six ans, firent leur réapparition. En somme, depuis quatre semaines, l'amélioration est évidente. La malade a déjà perdu 3 kilogrammes de son poids. Elle est encore en cours de traitement et il ne semble pas douteux que la guérison complète s'ensuive à bref délai.

Des lois psychophysiques en pathologie nerveuse.

M. Mendelssohn. — De nombreuses recherches faites à la Salpêtrière ont montré que les lois psychologiques de Weber et de Fechner sont applicables aux modifications pathologiques de la perceptibilité sensorielle, mais toutefois dans des limites plus restreintes qu'à l'état normal.

On pourrait croire que tout processus pathologique intéres-

sant un organe sensoriel entraîne fatalement une altération correspondante dans sa fonction. Or, il se trouve justement que dans les affections avec lésions destructives nous n'avons eu à enregister que des troubles relativement faibles du côté de la perceptibilité différentielle, tandis que nous observions tout le contraire dans les amblyopies fonctionnelles des hystériques ; chez ces dernières la perceptibilité différentielle se trouve sensiblement diminuée. Comme on voit, ce fait n'est pas sans importance au point de vue du diagnostic différentiel dans les affections du système nerveux central (hémiplégie hystérique et d'origine cérébrale).

En outre, chez tous les hystériques, à une diminution de la perceptibilité différentielle correspond généralement un rétrécissement plus ou moins prononcé du champ visuel, et plus ce dernier se rétrécit, plus la première diminue. Chez les tabétiques, au contraire, il n'existe pas de rapport entre la vision périphérique et la perceptibilité différentielle.

Mais c'est l'étude de la perceptibilité différentielle dans ses rapports avec l'acuité visuelle qui fournit les renseignements les plus intéressants au point de vue clinique.

On sait que dans toute perception nette la perceptibilité différentielle et l'acuité visuelle sont toujours simultanément mises en jeu ; or, dans l'œil malade il existe entre ces deux facteurs une certaine divergence. La relation qui existe entre eux a une valeur pathognomonique pour certaines affections : c'est ce que j'ai appelé le *symptôme de relation*.

Ce symptôme divise, au point de vue des troubles visuels, les maladies du système nerveux en deux grandes catégories :

1° Celles dans lesquelles l'acuité visuelle est plus troublée que la perceptibilité différentielle (alcoolisme, ataxie, etc.) ;

1° Celles dans lesquelles la perceptibilité différentielle est plus trouble que l'acuité visuelle (hystérie).

On voit par là toute l'importance du symptôme de relation pour le diagnostic différentiel de l'amblyopie dans l'hystérie et dans le tabes.

Contribution à l'étude histologique des dégénérescences spinales.

M. Klippel. Il est rare qu'on ait l'occasion d'observer dès leur début les lésions des dégénérescences spinales et jusqu'ici les auteurs ont peu insisté sur ce point. Ce qu'on

connait très bien, c'est l'aspect des lésions à une période où la destruction des tubes nerveux est telle qu'il y a déjà sclérose.

On peut néammoins surprendre le processus histologique dans sa première phase si l'on a soin de rechercher systématiquement la lésion chez des malades, les paralytiques généraux, par exemple, ayant succombé très rapidement à leur affection.

A ce moment aucune lésion n'est encore visible à l'œil nu, et même à l'aide du microscope il n'y a pas encore de sclérose.

A ce premier stade l'altération porte essentiellement sur les tubes nerveux eux-mêmes.

Tout tube nerveux comprend normalement une gaine de myéline et un cylindre-axe : ces deux éléments sont lésés. Pour ce qui concerne la myéline, on observe une tuméfaction (œdème inflammatoire) faisant apparaître le tube nerveux de cinq à dix fois plus volumineux que normalement. Cette lésion débute par la partie la plus centrale, dans la portion voisine du cylindre-axe. En ce point la myéline se liquéfie, tandis qu'à la périphérie du tube, elle conserve encore ses cercles concentriques. Quelquefois elle se transforme en boules très fines qui donnent à cette portion centrale un aspect granuleux. Cette dégénérescence entraine une coloration plus foncée qu'à l'état normal avec le picro-carmin et la nigrosine, mais sans atteindre le degré de coloration du cylindre-axe qui, par le fait, se distingue bien des parties environnantes. En même temps le cylindre-axe s'hypertrophie légèrement et se contourne de façons multiples, de telle sorte que sur une coupe transversale du tube nerveux altéré, au lieu d'apercevoir cet organe sous la forme d'un point central, on lui voit revêtir l'aspect d'une virgule, d'une spirale, d'un S italique, d'un huit de chiffres, d'un cercle ou d'autres formes plus irrégulières encore.

En faisant varier la vis micrométrique, on constate que toutes les parties du cylindre-axe ne sont pas situées sur le même plan horizontal. Les bords de ces croissants, de ces virgules, de ces spirales sont souvent assez réguliers, mais on les voit quelquefois s'altérer et, à un degré plus avancé, on observe une désintégration moléculaire dont les débris se colorent fortement par les réactifs du cylindre-axe.

Enfin, il faut encore noter qu'en se contournant, le cylindre-axe peut être rejeté vers la périphérie de la myéline et donner

lieu à une figure simulant celle qu'on aurait si un demi-cercle de myéline s'était isolément coloré.

En résumé, il s'agit d'un gonflement hypertrophique du tube nerveux, de la désintégration de la myéline débutant invariablement dans les parties les plus voisines du cylindre-axe, dans le contournement flexueux de ce dernier et dans sa désintégration moléculaire plus ou moins avancée.

On a sous les yeux les débuts d'un processus dont le dernier terme sera une destruction organique complète.

Le processus qui vient d'être décrit se rencontre en particulier dans la moelle des paralytiques généraux ayant succombé dans les premiers temps de leur maladie. On peut le rencontrer dans les points où il y a déjà un commencement de sclérose, mais cela est plus rare. On le voit surtout dans les cordons spinaux à leur périphérie, en particulier dans la région sacrée. De plus, il est très manifeste au niveau des tubes nerveux de la corne postérieure.

Le deuxième stade de ce processus aboutit à la sclérose ou mieux à l'infiltration œdémateuse du tissu conjonctif et névroglique, car bien souvent il n'y a pas trace de prolifération dans les lésions spinales qu'on est convenu d'appeler sclérose.

Enfin, au milieu du tissu arrivé à ce second stade d'altération, il peut se faire des poussées inflammatoires, des foyers d'inflammation disséminés sur le trajet des cordons spinaux. C'est toujours une artériole qui constitue le centre de ces nodules et on peut penser que ces lésions surajoutées sont le résultat d'une infection secondaire dans un tissu morbide dont le caractère primitif était la dégénérescence.

Des réflexes vasomoteurs à long trajet dans quelques affections nerveuses.

MM. Hallion et Comte (de Paris). — Nous avons fait une série de recherches sur les réflexes vasomoteurs qui se produisent à la fois dans un grand nombre d'organes, à la suite d'une excitation sensitive cutanée, sensorielle ou émotive.

Dans ce but nous avons mesuré, comme l'ont fait chez l'homme sain divers auteurs et surtout M. François-Franck et M. Mosso, les variations de volume des extrémités : mains et pieds. Pour éviter certaines difficultés et certaines causes d'erreur importantes que comporte l'emploi des appareils volumétriques classiques, nous avons fait subir à la technique quelques modifications.

Les principaux résultats constatés par nous chez les malades sont les suivants :

Les réflexes (vasoconstricteurs) font défaut quand on porte l'excitation sur une région où la peau est anesthésiée par suite d'une lésion nerveuse périphérique ; au contraire, ils se produisent d'une façon entièrement normale quand on excite une région frappée d'anesthésie hystérique : c'est là, sans contredit, un nouvel argument, et non des moindres, en faveur de la nature toute psychique de l'anesthésie hystérique. Dans l'état hypnotique (somnambulisme, léthargie), les phénomènes vasomoteurs consécutifs soit aux excitations sensitives (même en l'absence de toute perception apparente), soit aux excitations émotives (même en l'absence de toute manifestation apparente de la conscience), gardent leur intégrité à la suggestion d'une sensation et agissent comme font la sensation réelle et l'émotion. Dans la syringomyélie, les excitations sensitives, même lorqu'elles sont faites sur des régions non anesthésiées, ont déterminé des réactions vasomotrices nulles ou très peu marquées ; divers caractères des courbes obtenues chez les syringomyéliques semblent leur indiquer une atteinte considérable subie par le système vasomoteur.

Paralysie générale avec chorée.

MM. Vallon et Marie. — Nous avons observé récemment trois cas de paralysie générale avec chorée. Dans deux de ces cas la chorée (type Sydenham) s'est présentée dans des conditions où il est permis de se demander si elle ne représentait pas un symptôme initial en rapport à quelque degré avec la périencéphalite ultérieure, comme dans les observations, aujourd'hui nombreuses, où l'on a signalé la coexistence de la paralysie générale avec des symptômes de névroses diverses (hystérie, neurasthénie, maladie de Basedow); il semble y avoir là plus qu'une coïncidence. C'est comme un équivalent moteur atténué, à la période de dynamie fonctionnelle, du processus à la fois psychique et moteur de la paralysie générale confirmée.

Hémianopsie avec hallucinations dans la partie abolie du champ visuel.

M. H. Lamy (de Paris). — J'ai eu l'occasion d'observer à la Salpêtrière, en 1892, dans le service de Charcot, un cas d'hé-

mianopsie avec hallucinations dans la partie abolie du champ visuel, chez une femme de trente-cinq ans, qui, cinq ans auparavant, avait présenté des accidents de syphilis cérébrale extrêmement graves. Elle avait conservé une *hémianopsie latérale droite* typique. En 1892, elle fut sujette à de courtes *absences* fréquemment répétées, qui s'accompagnaient de convulsions faciales légères, sans perte de connaissance complète. Pendant ces absences, la malade éprouvait une *hallucination* singulière. Elle apercevait tout à coup, dans la partie droite de son champ visuel, « une figure d'enfant, souriante, dont les yeux la regardaient fixement ». Pendant plus d'une année, cette vision se reproduisit à l'occasion de chaque absence.

La littérature renferme un petit nombre d'observations analogues à la précédente, sinon identiques.

Si l'on veut rapprocher cette hémiopie hallucinatoire de quelque syndrome déjà connu en neuropathologie, c'est la *migraine ophtalmique* qui se présente immédiatement à l'esprit. On sait, en effet, que certaines migraines ophtalmiques accompagnées se compliquent, au moment des accès, d'une hémianopsie passagère, qui persiste parfois dans l'intervalle de ceux-ci, et peut même devenir permanente. D'autre part, le scotome scintillant est généralement une hallucination hémiopique.

Dans la plupart des observations du même genre, l'hallucination visuelle, remarquable par sa précision et par l'uniformité qu'elle revêt chez le même malade, ne s'accompagne d'aucune hallucination concordante dans la sphère des autres fonctions sensorielles, ni d'aucun trouble de l'intelligence. Il s'agit d'un phénomène psychique isolé, phénomène d'excitation de la sphère visuelle occipitale, comparable aux phénomènes d'excitation motrice de l'épilepsie jacksonniene, et lié à la présence d'une altération corticale localisée. L'observation que je viens de vous relater est la première, à ma connaissance, dans laquelle l'hallucination se soit manifestée sous la forme d'une *épilepsie sensorielle* surajoutée à une hémianopsie permanente.

De l'idiotie microcéphalique.

M. Bourneville (de Paris) présente un grand nombre de photographies représentant des crânes et des cerveaux d'enfants microcéphales.

L'étude comparée de ces cerveaux prouve qu'il existe au moins deux grandes classes de microcéphalies : des microcéphalies par arrêt de développement et des microcéphalies dues à des lésions congénitales en foyer de l'encéphale.

Quelle que soit sa cause, l'idiotie microcéphalique, d'après l'orateur, est susceptible d'amélioration lorsqu'on intervient dans les premières années de la vie par un traitement médico-pédagogique approprié et par un exercice méthodique de tous les muscles qui concourent à l'articulation des sons.

M. A. Voisin (de Paris) montre un certain nombre de préparations histologiques et de dessins représentant des altérations des cellules cérébrales médullaires et du grand sympathique dans la paralysie générale et les différentes formes de folies vésaniques (lypémanie, hypocondrie, etc.). D'après l'orateur, l'existence de ces lésions serait une preuve de la tendance de ces maladies à l'incurabilité et à la démence.

M. Hamel lit un travail sur les *démences vésaniques avec personnalité dissociée au cours de délires systématisés anciens.*

M. Meige (de Paris) fait une communication sur les *altérations du facies dans les différentes variétés de myopathies.*

(Au cours de la séance, M. le professeur Joffroy (de Paris) a été élu président du Congrès de 1895. Avant de se séparer, l'assemblée décide, en outre, que le prochain Congrès aura lieu à Bordeaux.)

La séance est levée et la cinquième session du Congrès français des médecins aliénistes et neurologistes déclarée close.

Dr Deny,
Médecin de l'hospice de Bicêtre.



MÉDECINE LÉGALE

Vitalité comparée de l'homme et de la femme (The comparative vitality of men and women), par BRANDETH SYMONDS (*The American Journal of the medical Sciences*, mars 1894, nº 262, 295).— Statistique intéressante au point de vue documentaire, et par les réflexions que suggère à l'auteur (examinateur médical senior d'une grande Compagnie d'assurances), la comparaison de la longévité de l'homme et de la femme mesurée aux différents âges : C'est ainsi qu'il paraît établi, en général, qu'en dépit de la délicatesse apparente du sexe dit faible, la vie de la femme est de beaucoup plus longue que celle de l'homme. L'auteur examine ensuite le rapport comparé de la mortalité par mille et par sexe aux diverses périodes de la vie. Pendant les premières années (0 à 1 an), la mortalité féminine est un peu inférieure à la mortalité mâle. Cependant, à cette époque, les conditions de la vie sont à peu près les mêmes ; malgré cela, la mortalité de la femme est plus faible. A partir de 5 ans, ou un peu avant, les différences commencent à se manifester : la fillette garde la maison et se plaît avec ses poupées, le garçon va au dehors et patauge dans la boue. Ces influences se manifestent promptement sur la mortalité féminine qui dépasse l'autre, et atteint son point extrême à la douzième année (3,56 par 1,000 de mâles pour 4,28 de femmes). Vers l'établissement de la puberté, on pourrait s'attendre à de plus graves conséquences pour la femme que pour l'homme. A la vérité, vers 12 à 16 ans, la mortalité féminine augmente rapidement (1,68 par 1,000 pour 1,18 d'hommes). De 16 à 20 ans, l'augmentation reprend du côté mâle dans la proportion de 2,21 pour 1,70, sans doute parce qu'à cet âge, commence le « struggle for life » et se développent les vices. Depuis ce temps, la mortalité mâle descend lentement au niveau de la féminine jusqu'à 46 ans, où elles s'égalent toutes deux, atteignant alors 11,11 pour 1.000. Cet âge représente la fin de la période de la conception, et c'est sans doute l'influence de la parturition qui augmente la mortalité féminine pendant les années précédentes. On a dit que la période décennale de 46 à 56 ans était « la période critique » pour la femme. Il n'en est rien, sa mortalité n'est que graduelle. Au contraire, celle de l'homme est excessive pendant ce même temps, et c'est pour lui qu'il paraît s'agir plutôt de « période critique ». Le taux de sa mortalité atteint alors 6,32 pendant que celui de la femme est de 3,47 pour 1,000. Sans doute doit-on faire pour cet excédent une

part à la syphilis. A partir de ce point, la mortalité des femmes gagne rapidement sur celle des hommes, pendant la période de 50 à 60 ans, qui pourrait être appelée plutôt leur période critique. Ensuite, les deux mortalités sont très différentes, celle des femmes se maintenant au-dessous de celle des hommes. On peut ajouter que la longévité des femmes est plus marquée. En outre des récits bibliques qui l'attestent, on a remarqué que sur une liste de 100 personnes ayant atteint 120 ans, il y avait plus de 60 femmes ?

De là résulte que la femme a plus de vitalité que l'homme. Darwin a montré que l'homme était polygame, tendance qui, pour se satisfaire, nécessite cependant dans le monde un excès de femmes. Or cet excès ne peut être maintenu que de deux façons ; ou par un plus grand nombre de naissances féminines ou par une plus grande vitalité de la femme. Or, les tables de naissances montrent au contraire une plurinatalité des enfants mâles. Le pourcentage des divers pays donne, à cet égard, 39 naissances de mâles pour 37 de femmes. Ce fait montre que la base de notre impression vulgaire sur l'existence d'un plus grand nombre de femmes que d'hommes, repose sur cette vitalité de la femme qui devait exister déjà chez la femme singe ancestrale.



VARIA

Kyste du cervelet (A clinical study of a case of cyst of the cerebellum), par Hughlings Jackson et Risien Russell (*British medical Journal*, 24 février 1894, n° 1730, p. 393).

Un sujet âgé de 30 ans souffrant, depuis trois ans, de céphalée avec vomissements, entre à l'hôpital, se plaignant et de la persistance de ces signes, et d'une aggravation constituée par un affaiblissement progressif. A l'examen on trouve, en outre de la douleur de tête : du nystagmus, de la névrite optique double, de la raideur du cou, de la faiblesse des muscles du tronc, produisant de la lordose, de la faiblesse de la jambe droite avec exagération des réflexes des deux côtés et clonus du pied droit. Peu après, tout à coup, le malade perd connaissance, sa respiration s'arrête, mais le pouls continue à battre pendant quelques heures durant lesquelles on pratique la respiration artificielle. L'autopsie, assez sommairement rapportée, montre un kyste du lobe gauche du cervelet. Les auteurs insistent, en particulier, sur la paralysie des muscles du tronc, qui serait un signe de valeur pour les tumeurs du cervelet, ainsi que l'expérimentation sur les animaux l'avait déjà établi, et ils attribuent la mort à la compression exercée par la tumeur sur le centre respiratoire bulbaire. (*Gaz. Hebd.*, 30 mars 1894.)

Sur un cas de mutisme hystérique guéri par l'éthérisation.

Chez une jeune fille atteinte de mutisme hystérique datant d'environ un an et qui s'était montré rebelle à l'électrothérapie, ainsi qu'à la suggestion exercée à l'état de veille et pendant le sommeil hypnotique, MM. les docteurs F. Fazio, privatdocent de médecine interne à la Faculté de médecine de Naples, et C. Gioffredi ont réussi à obtenir une guérison instantanée au moyen d'inhalations d'éther. L'idée d'employer ce traitement leur a été suggérée par l'observation de ce fait, à savoir que la malade, complètement muette à l'état de veille, murmurait souvent des paroles au cours de son sommeil naturel. Dès le début de la période d'excitation produite par les inhalations d'éther, la malade commença à parler, à crier qu'on lui faisait mal, etc., et depuis ce moment son mutisme cessa d'une façon définitive.

(*Semaine médicale*, 25 avril 1894.)

De l'emploi du sulfonal chez les aliénés atteints d'aphagie.

Le D[r] *Brough* décrit 5 cas de mélancolie avec refus absolu d'aliments. Après l'administration de 2-4 grammes de sulfonal par jour en 2 à 3 fois, et ceci pendant quelques jours, les malades ont commencé à manger, ce qui a permis à l'auteur d'abandonner la sonde.

Le sulfonal a été administré avant le déjeuner et avant le dîner. L'appétit revenait peu à peu. L'état physique et l'état moral s'améliorèrent et les idées de suicide devinrent de plus en plus rares.

Les observations de l'auteur ne datent que depuis 6 mois. Il recommande donc de vérifier cette importante action du sulfonal, lequel est certainement destiné à occuper une certaine place dans la thérapeutique des affections mentales. (*The Journ. of Ment. Science*, oct. 1893.)

G. N.

Migrénine dans le traitement des migraines.

Le D[r] *Overlach* recommande beaucoup ce composé, qui consiste en antipyrine, en caféine et en acide citrique. Un gramme de ce composé renferme 0,09 centigrammes de caféine. L'auteur, qui emploie depuis 5 ans ce composé, n'enregistre pas un cas d'insuccès. On prescrit la migrénine sous la forme suivante :

Antipyrine............	0,70 centigrammes.
Caféine...............	0,09 —
Ac. citrique..........	0,20 —

Pour un paquet.

En prendre un par jour dans 1/4 de verre d'eau. Un paquet suffit pour couper la crise ; dans les cas exceptionnels, en prendre deux avec un intervalle de 2 heures. (*Zeitschr. d allgm. vest. Apothek-Vereins*, 1893, 34, page 811.)

G. N.

BIBLIOGRAPHIE

M. Durville vient de faire paraître un traité expérimental du magnétisme qui présente ceci de spécial que l'auteur, qui connait très bien son sujet, s'est évertué à faire concorder les phénomènes du magnétisme animal avec les phénomènes physiologiques du magnétisme physique, et principalement avec ceux produits par les barreaux aimantés sur les sujets en état d'hypnotisme (1).

L'auteur, après avoir jeté un coup d'œil rétrospectif sur tous les adeptes du magnétisme, depuis le moyen âge jusqu'à nos jours, et sur la plus ou moins importante part que ceux-ci ont prise dans le développement de cette science telle que nous la connaissons aujourd'hui, fait une étude détaillée du magnétisme proprement dit, aussi bien au point de vue physique que psycho-physiologique. Il ressort principalement de cette étude que cette force mystérieuse, cette énergie vitale peut servir puissamment la thérapeutique en général et celle du système nerveux en particulier, à moins, dit l'auteur, qu'il n'y ait de lésions par trop profondes. C'est que, à l'aide du magnétisme, nous pouvons changer avantageusement l'état magnétique ou, si nous voulons mieux, l'état nerveux de l'individu, mais nous ne pouvons point combler ce qui est détruit.

En ce qui concerne l'essence intime du magnétisme « dans « l'aimant, il y a, poursuit l'auteur, deux forces distinctes qui « n'obéissent pas aux mêmes lois dans toutes leurs manifesta- « tions. L'une est connue depuis longtemps ; l'autre, je l'étu- « die ici. »

Ceci est peut-être paradoxal à première vue. Aussi, l'auteur les distingue-t-il en s'exprimant ainsi : « Je suis forcé de la désigner (la dernière) sous le nom de *magnétisme de l'aimant*, c'est-à-dire que l'on observe dans l'aimant, par rapport au *magnétisme* (seul) qui, pour le physicien, ne désigne que les manifestations de la première. L'auteur termine son ouvrage en vantant beaucoup la commodité de la méthode magnétique dans la thérapeutique usuelle. « L'homme peut être le médecin de sa femme, celle-ci le médecin de son mari. » Ceci, espérons-le, décidera les hésitants qui voudront prendre connaissance de ce traité, qui est sûrement appelé à combler une lacune dans notre thérapeutique usuelle.

(1) Chez l'auteur, rue Saint-Merri, 23.

Revue mensuelle de la photographie médicale du Dr Jankau, de Munich

Octobre 1894.

1) *Microphotographies pouvant servir à l'étude du sang chez la souris blanche et chez l'homme* (avec 1 planche), par le Dr C. S. Engel, de Berlin.

2) *Un cas de mélancolie ; trois cas de paranoïa* (avec 5 photographies), par le Dr Frédéric Scholz, directeur en chef de la Maison de santé de Bremen.

3) *De l'atrophie nerveuse avec troubles de sensibilité* (traduit du français), par le prof. Brissaud (Paris). (*Suite et fin.*)

4) **Revue bibliographique :**

H. Sachs. *Etude de la structure et de l'activité du cerveau en rapport avec l'aphasie et la cécité psychique.* Breslau.

J. Borntraeger. *Compendium du médecin légiste.*

5) **Revues** :

La myosite progressive ossifiante, par R. Wirchow (avec un tableau).

Un cas de la dégénérescence primitive et systématique des faisceaux pyramidaux accompagnée de contractures spastiques, par le prof. Strumpell (avec un tableau).

6) **Divers**. *Correspondance.*

Revue mensuelle Internationale de Photographie médicale

Novembre 1894.

SOMMAIRE.

De quelques modes de station chez les myopathiques, par les Drs Paul Richer et Henry Meige (avec 6 figures), en français.

Le 66e Congrès des naturalistes et médecins allemands à Vienne. Fin septembre 1894.

Le professeur Hermann de Helmholtz (avec le portrait du célèbre savant). Nécrologie, par L. JANKAU.

Bibliographie :

P. MOEBIUS. *Le diagnostic des maladies du système nerveux*. Deuxième édition. Leipzig, chez Vogel, 1894.

Revues :

MEUNIER (Henri), interne des hôpitaux. *Un cas d'ostéite déformante de Paget*. Nouv. Iconog. de la Salpêtrière, n° 1, 1894. Avec 2 figures.

Différentes communications ayant trait à la technique photographique.

Appareils microphotographiques de Reichert (REICHERT, à Vienne).



Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères, place Saint-André, 3.
Maison spéciale pour Journaux et Revues.



ANNALES
DE PSYCHIATRIE
ET
D'HYPNOLOGIE

CATALOGUE
D'UNE
COLLECTION DE CERVEAUX MOMIFIÉS

Offerte par M. le Dr LUYS, à la Faculté de Médecine de Paris pour le Musée Dupuytren

RÉDIGÉ

par M. le Dr J. Luys, médecin honoraire des Hôpitaux de Paris, Membre de l'Académie de Médecine,
et M. Natanson, secrétaire de la Rédaction des *Annales de Psychiatrie et d'Hypnologie*.

Modes de préparation des cerveaux.

Presque tous les échantillons de la collection appartiennent à des cerveaux féminins recueillis à la Salpêtrière. Ce sont presque tous des cerveaux de femmes atteintes de troubles spéciaux de l'encéphale.

Un certain nombre ont été recueillis dans les services des Aliénées ou des Idiotes.

Les cerveaux une fois énucléés de la boîte crânienne ont été, après avoir été décortiqués soigneusement des méninges, plongés – les uns dans un bain d'acide nitrique, ce sont les plus recroquevillés, — les autres dans une solution

saturée de bichromate de potasse — puis d'acide phénique au dixième, — puis dans un bain de glycérine.

On trouvera dans un article spécial inséré dans les *Annales de Psychiatrie et d'Hypnologie* (mai 1892, page 13 et suivantes) les détails techniques destinés à amener la momification des cerveaux.

La plupart de ces cerveaux ont au moins vingt ans de date (1), de préparation.

CERVEAUX D'HALLUCINÉS

Les pièces nos 1, 1 bis, 2, 2' bis jusqu'au n° 13 appartiennent à des sujets hallucinés.

Elles sont caractérisées par une hypertrophie du lobe paracentral. Cette hypertrophie ne se voit bien que sur la surface interne des lobes. Ces cerveaux ont été en partie reproduits par le dessin dans mon Traité de Pathologie mentale. Pl. VII et VIII (2).

Les hallucinés sont divisés en deux groupes :

1° Ceux qui ont des hallucinations passagères et qui sont lucides pour les perceptions extérieures (l'hallucination compatible avec la raison).

Chez ceux-là, le processus hypertrophique est *unilatéral.* Le lobe paracentral d'un seul lobe est hypertrophié ; son congénère du côté opposé est indemne.

L'hypertrophie du lobe paracentral représente l'état d'excitation des régions psycho-motrices consécutif à un trouble sensoriel antérieur.

2° Au bout d'un certain temps, l'état d'irritation nutritive envahit l'autre lobe cérébral. Les deux paracentraux sont associés dans l'évolution du processus morbide (fibres commissurantes).

Dès lors c'est l'excitation permanente, l'état hallucinatoire persistant, et la démence qui se développe.

(1) C'est à dessein que j'ai négligé de parler des circonvolutions de la région sphéno-occipitale et ethmoïdale. J'ai trouvé tant d'irrégularités sur l'état des circonvolutions et des sillons de ces régions non seulement chez des sujets différents, mais encore chez le même sujet, que j'ai renoncé à en faire les descriptions isolées tant la description méthodique d'après un type connu me semble actuellement impraticable.

(2) Luys. Traité clinique et pratique des maladies mentales. Paris, 1881. Chez Laguerre, éditeur.

N° 1, 1 bis.— *Hallucinations unilatérales.*

La malade, 62 ans, ressentait des troubles de la sensibilité viscérale. Elle se figurait avoir un tænia dans l'intestin, et décrivait ses mouvements de reptation dans sa cavité. — Et en dehors de ses accès délirants elle était très lucide sur toutes les autres questions de la vie courante. Elle était toujours surexcitée lorsqu'on lui parlait de son tænia. C'était une hallucination unilatérale.

Lobe droit. — Développement régulier du lobe paracentral, scissure occipitale interne très développée.

Lobe gauche. — Développement exagéré du lobe paracentral qui surplombe la frontale interne. Sur la face externe cette saillie apparait encore.

Elargissement symétrique de la scissure occipitale interne.

2, 2 bis. — Femme, âge, 68 ans. *Hallucinée.* Moments lucides. Presque continuellement délire inconscient.

Lobe droit.— Face interne : Lobe paracentral faisant saillie. Elargissement des scissures, comme précédemment, scissures calloso-marginale et occipitale interne très développées. Atrophie du lobe carré.

Face externe : *Pariétale supplémentaire.* Incisure de la frontale ascendante.

Lobe gauche. —Moins désorganisé que le précédent. Le lobule paracentral ne fait pas la même saillie. Néanmoins, les scissures diverses sont notablement élargies.

3, 3 bis. — Femme 77 ans. *Hallucinations.* Délire inconscient.

Lobe droit. Face interne : Elargissement des scissures. Le lobe paracentral à peu près normal. — Face externe : Elargissement notable de la scissure de Rolando.

Lobe gauche. Face interne : Hypertrophie du lobe paracentral. Elargissement de toutes les scissures. — Face externe : Elargissement de toutes les scissures avec atrophies correspondantes de l'élément cortical. Irrégularité de la 2e frontale. Scissure longitudinale de la 1re frontale.

4, 4 bis. — 65 ans. Hallucinations. Excitation continuelle. Lésions bilatérales des lobes paracentraux.

Lobe droit. Face interne : Hypertrophie très notable du lobe paracentral. Elargissement des scissures. — Face externe :

Saillie notable des circonvolutions frontale et pariétale ascendantes. Elargissement notable de toutes les scissures.

Lobe gauche. Face interne : Saillie et allongement du lobe paracentral. Elargissement des scissures.

Face externe : Saillie très notable des deux circonvolutions frontale et pariétale ascendantes. Elargissement simultané des scissures intercorticales, principalement de la scissure de Rolando.

5, 5 bis. — Femme 55 ans. Lésion *unilatérale.* Hallucinations alternantes avec lucidité.

Lobe droit. Face interne : A peu près régulière. Face externe de même. Elargissement de quelques scissures.

Lobe gauche. Face interne : Saillie très notable du lobe paracentral, qui constitue avec la partie supérieure de la frontale ascendante une saillie considérable. Elargissement de la scissure calloso-marginale. — Face externe : Développement exagéré de la frontale ascendante à sa partie supérieure. La III[e] et la II[e] frontale à peu près normales. Elargissement de la scissure pariétale interne. Formation d'une pariétale *supplémentaire.*

6, 6 bis. — Femme 63 ans. Hallucination continue. Délire inconscient. Démence.

Lobe droit. Face interne : Saillie de la région paracentrale. Elargissement de la scissure colloso-marginale et de la scissure calcarine. Le cuneus est isolé comme un îlot. — Face externe : Amaigrissement des circonvolutions centrales. Elargissement des scissures, principalement au niveau du pli courbe.

7, 7 bis. — 72 ans. Hallucinée sans démence.

Lobe droit. Face interne : Région paracentrale normale. Elargissement çà et là des scissures. — Face externe : même état. Elargissement des scissures.

Lobe gauche. Face interne : Saillie et gonflement du lobe paracentral. Elargissement des scissures. Face externe : Elargissement de la scissure de Rolando : Le reste normal, sauf l'élargissement des scissures avec amaigrissement des circonvolutions correspondantes.

8, 8 bis. — Les lobes ont été conservés dans le bichromate, puis colorés à l'aide de poudre métallique. 55 ans. Hallucinations. Excitation maniaque. Délire continu.

Lobe droit. Face interne : Développement du lobe paracentral. Elargissement de quelques scissures. — Face externe : Incisure du niveau du lobe carré. Elargissement de quelques scissures. Irrégularité de l'extrémité de trois frontales.

Lobe gauche. Face interne : Saillie paracentrale. Développement du lobe quadrilatère. Atrophie de la frontale interne. Les autres circonvolutions à peu près normales, sauf la frontale interne, qui est un peu déprimée. — Face externe à peu près normale.

9, 9 bis. — 93 ans. Hallucination. Excitation. Etat chronique. Démence.

Lobe droit. Face interne : Saillie très notable du lobe paracentral. Lobe carré normal. Elargissement de quelques scissures.

Face externe : Saillie très accentuée des régions psychomotrices (frontale et pariétale ascendantes) par suite de l'élargissement des scissures qui les environnent. Les régions psycho-motrices sont le siège d'un processus hypertrophique très nettement développé. Irrégularité de la 2e frontale, laquelle est dédoublée. Elargissement des scissures.

Lobe gauche. Face interne : Développement et hypertrophie du lobe paracentral. Elargissement de quelques scissures. Face externe : Développement sous forme de gibbosité des circonvolutions frontale et pariétale ascendantes au milieu de la masse. Incisure avec interruption de la frontale ascendante à son point d'insertion supérieure. Irrégularité et développement excessif de la 3e frontale.

Dilatation d'un certain nombre de grandes scissures.

10, 10 bis. — Hallucination. Excitation presque continue. 72 ans. Atrophie sénile du cerveau. Dilatation générale des scissures. Démence complète. Agitation. Néanmoins, les régions paracentrales dans les deux lobes font toujours saillie et sont le siège d'un développement persistant. Les deux circonvolutions premières frontales sont très notablement atrophiées.

Les scissures de Rolando sont très dilatées.

L'atrophie des circonvolutions est en raison directe de l'élargissement des scissures.

11, 11 bis. — 75 ans. Hallucination. Démence. Excitation.

Lobe droit. Face interne : Légère saillie du paracentral.

Elargissement de la scissure calloso-marginale. Atrophie du cunéus. Face externe : Développement considérable de la pariétale et de la frontale ascendantes qui forment une véritable tumescence sur cette face.

Au pourtour, amaigrissement des circonvolutions qui les mettent en saillie. Irrégularité anormale de la 3e circonvolution frontale.

Lobe gauche. Face interne : Le lobe paracentral fait à peine saillie. Face externe : La même disposition que nous avons signalée sur le cerveau précédent se retrouve ici. Saillie exubérante des deux circonvolutions centrales. Elargissement des scissures ambiantes. Irrégularité de la constitution de la 3e frontale du même côté.

12, 12 bis. — Excitation maniaque chronique. Délire. *Démence.*

Lobe droit. Face interne : Saillie du paracentral. Elargissement des scissures principales. — Face externe : Saillie du paracentral très accusée. La frontale ascendante est interrompue dans sa moitié par une scissure transversale avec gonflement supérieur. Elargissement des scissures. Les frontales normales.

Lobe gauche. — Face interne : Saillie du paracentral. Elargissement de la scissure calloso-marginale à son pourtour qui le met en saillie. Face externe : Saillie du paracentral. Le reste est à peu près normal avec élargissement d'un certain nombre de scissures.

13, 13 bis. — 48 ans. Hystéro-épilepsie.

Lobe droit. Face interne : *Allongement* très notable du lobe paracentral dans le sens antéro-postérieur. Atrophie du lobe carré. Elargissement des scissures. — Face externe : Léger développement de la frontale et de la pariétale ascendante. Atrophie de la 1re frontale. Irrégularité de la 2e, de même que de la 3e frontale.

Lobe gauche. — Face interne : Elargissement de quelques scissures. Lobule paracentral peu développé. Le lobe carré comme son homologue peu développé.

Face externe : La pariétale et la frontale ascendantes très développées avec tendance à faire saillie. La 1re frontale est bifide. La 2e a deux racines. La 3e a une tendance à l'hypertrophie.

14, 14 bis. — Lypémanie. Démence. 65 ans.

Lobe droit. Face interne : assez régulière.

Face externe : Atrophie de la partie supérieure de la frontale ascendante. 1[re] frontale amincie. 2[e] frontale et 3[e] frontale irrégulières. Le pli courbe et la 1[re] frontale présentent de nombreux plis.

Lobe gauche. Face interne. Elargissement de la scissure calloso-marginale, surtout au niveau du lobe paracentral. Lobe paracentral très développé dans le sens antéro-postérieur avec une incisure dans la même direction. Les autres circonvolutions à peu près normales. — Face externe : Frontale ascendante, scissure transversale avec gonflement. — Pariétale ascendante anostomosée à la partie supérieure avec une pariétale ascendante supplémentaire. Elargissement de la scissure occipitale interne. Les frontales à peu près normales.

15,15 bis. — Excitation maniaque. Subdélire avec exacerbation de temps en temps. 68 ans.

Lobe droit. Face interne : à peu près normale. Elargissement léger du sillon calloso-marginal.

Face externe : Lobe paracentral normal. Elargissement du sillon de Rolando. 1[re] frontale irrégulière. 2[e] frontale très compliquée, très sinueuse. 3[e] frontale, petit volume. Elargissement de la scissure occipito-interne.

Lobe gauche. Face interne : Lobe paracentral à peu près normal. Ramollissement au niveau de l'hippocampe et l'unciforme. — Face externe : Amaigrissement des circonvolutions frontale et pariétale ascendantes. *Pariétale ascendante supplémentaire.* Elargissement de la scissure parallèle frontale avec lésions destructives portant sur la 2[e] frontale, 1[re] frontale amaigrie, la 3[e] pareillement. Tendance à l'élargissement des scissures.

16, 16 bis. — 70 ans. Excitation. Manie. Etat chronique. Hallucination ancienne.

Lobe droit. Face interne : Légère saillie du paracental. Elargissement de la scissure occipitale interne.

Face externe : Les circonvolutions rolandiques sont gonflées, turgides et surplombent la masse corticale. La frontale ascendante présente une scissure transversale. Tendance à la formation d'une pariétale ascendante supplémentaire.

Lobe gauche. Face interne : Saillie et allongement du paracentral. Atrophie de la masse du lobe carré. Elargissement des scissures.

Face externe : Les deux circonvolutions rolandiques sont gonflées et font saillie comme dans le lobe précédent. La frontale ascendante présente parallèlement une incisure transversale. Les 1re, 2e et 3e frontales sont régulières. Elargissement de la scissure occipitale interne.

17, 17 bis. — 62 ans. Mélancolie. Idées de suicide.

Lobe droit. Face interne : Lobe paracentral, légèrement développé. Dépression atrophique en avant du lobe paracentral. Lobe carré. Incisures multiples.

Face externe : Frontale ascendante irrégulière, amaigrie à la partie supérieure, fossette atrophique en avant de cette circonvolution. Pariétale ascendante très irrégulière et amaigrie à sa partie supérieure. La 1re frontale irrégulière, la 2e et la 3e tout à fait anormales. Elargissement considérable du 1er sillon temporal.

Lobe gauche : Frontale ascendante avec *incisure transversale* et épaisissement à sa base. Pariétale ascendante amaigrie. Les 1re, 2e, 3e frontales moins irrégulières que dans l'autre lobe. Elargissement du 1er sillon temporal et de la concavité du pli courbe.

18, 18 bis. — Mélancolie avec excitation alternante. Affaiblissement intellectuel, 68 ans.

Lobe droit. Face externe : Saillie considérable des circonvolutions rolandiques. La frontale ascendante présente une incisure à la partie supérieure. La pariétale ascendante présente des sinuosités avec gonflement et une véritable hypertrophie.

1re frontale assez régulière ; les deux autres très irrégulières. Face interne : *Allongement* considérable du lobe paracentral dans le sens antéro-postérieur. Moindre élargissement des sillons.

Lobe gauche. Face interne : Développement concomitant du lobe paracentral dans le sens antéro-postérieur.

La scissure calloso-marginale commence à se dilater. — Face externe. Les deux circonvolutions rolandiques sont très gonflées et font saillie. La frontale ascendante présente une incisure transversale en haut. La pariétale ascendante est gonflée et présente une bifurcation très importante en haut. La 1re frontale à peu près normale. La 2e, incomplète. La 3e frontale, irrégulière et sinueuse. Elargissement de la scissure pariétale.

19, 19 bis. — Paralysie générale. Homme 40 ans.

Lobe droit. Face interne : La morphologie des circonvolutions est respectée. On constate néanmoins un élargissement des scissures et surtout du sinus du corps calleux.

Face externe : Les circonvolutions se présentent avec l'aspect à peu près normal; cependant, on constate *l'élargissement* atrophique de presque toutes les scissures. En même temps un état granulé, principalement sur les circonvolutions rolandiques et celle du pli courbe.

Lobe gauche. Face interne : La morphologie générale est respectée. Tendance des scissures à s'élargir. — Face externe : Frontale ascendante, gonflée irrégulière avec incisure transversale. Pariétale ascendante épaissie et dédoublée à sa partie supérieure. 1re frontale présente une incisure antéro-postérieure qui la dédouble en arrière. 2e frontale, irrégulière avec des incisures. La 3e frontale, irrégulière et petite. Dilatation de l'occipitale interne, de la 2e et de la 3e scissures frontales.— On remarque encore une série de granulations, sur les circonvolutions rolandiques, et la 3e et la 2e frontales.

20, 20 bis. — Femme 87 ans. Cerveau de démente très avancée. Atrophie d'une grande partie de circonvolutions.

Lobe droit. Face interne : Elargissement de la scissure calloso-marginale et de la perpendiculaire interne. Amincissement du lobe paracentral et du lobe quadrilatère. — Face externe : Amaigrissement des circonvolutions rolandiques et de celles qui entourent le pli courbe.

Lobe gauche. Face interne : Mêmes lésions atrophiques. Face externe, idem. Amaigrissement notable des circonvolutions marginales avec dilatation des scissures.

21, 21 bis. — 54 ans. Amaigrissement considérable du cerveau chez un sujet féminin ayant succombé à l'inanition par cancer de l'estomac.

Lobe droit. Face interne : Amincissement considérable des circonvolutions. Elargissement de la scissure calloso-marginale et de la perpendiculaire interne.

Face externe. Atrophie considérable de la 2e, 3e frontales. Atrophie parallèle du pli courbe et de la 1re temporale. Les circonvolutions marginales, quoique atrophiées, font saillie. Elargissement très notable du sillon de Rolando.

Lobe gauche. Face interne : Elargissement de la scissure calloso-marginale surtout au pourtour du lobe paracentral

qui est énucléé. Même chose pour la perpendiculaire interne.

Face externe : Atrophie du pli courbe et de la 1re temporale. Amaigrissement des trois frontales. Elargissement du sillon de Rolando et des scissures. Les circonvolutions centrales de Rolando font saillie.

CERVEAUX NORMAUX

22, 22 bis. — 22 ans. Femme de chambre. Caractère doux ayant succombé à une maladie aiguë. Intelligence normale.

Ce cerveau répond aux descriptions morphologiques normales. On remarque :

Lobe droit. Face interne : Le lobe paracentral ne fait pas saillie sur le profil de la courbe cérébrale.

Face externe : Les circonvolutions marginales sont dans leurs rapports normaux ; les frontales sont régulièrement constituées.

Lobe gauche. — Face externe : Circonvolutions normales. La 3e frontale de même que la 2e et la 1re sont régulières. — On a remarqué, en dehors de la pariétale ascendante, l'union des plis pariétaux avec le pli courbe qui constitue une pariétale rudimentaire et supplémentaire.

Face interne : Le lobe paracentral ne fait pas saillie sur la ligne courbe cérébrale. La scissure calloso-marginale commence à se creuser. Les autres circonvolutions sont normales.

23, 23 bis. — Cerveau d'homme. 36 ans. Ebéniste. Intelligence normale.

Bon ouvrier. Mort rapide d'une pneumonie.

Lobe droit. Face interne. Les scissures commencent à se creuser. On remarque que le lobe paracental commence à faire saillie sur le profil de la ligne courbe cérébrale.

La scissure calloso-marginale, ainsi que la perpendiculaire interne, commencent à se creuser. — Face externe : Les circonvolutions rolandiques proéminent. Légère dépression de la 1re frontale à son insertion. La 2e frontale est peu développée, la 3e très sinueuse. La frontale ascendante présente une scissure oblique à la base.

Lobe gauche. Face interne : Le lobe paracentral allongé forme une saillie notable très caractérisée. Les scissures commencent à se creuser, surtout la perpendiculaire interne.

Face externe : Les deux rolandiques normales, sauf une scissure transversale qui coupe la frontale ascendante à son in-

sertion. La 1re, la 2e frontale sont régulièrement délimitées. La 3e frontale est très développée avec flexuosités. Le pied de la 1re temporale bifide.

24, 24 bis. — Cerveau d'une femme de 80 ans. Affaiblissement sénile des facultés semi-troubles.

Lobe droit. Morphologie normale. On voit pointer en dehors de la pariétale ascendante sur la *face externe* un pli de passage constituant les rudiments d'une pariétale supplémentaire. Face interne. Rien d'anormal.

Lobe gauche. Face externe : Morphologie normale. La dilatation des scissures commence à paraître. En dehors de la pariétale ascendante, on voit le développement supplémentaire qui naît d'une autre circonvolution à l'état rudimentaire.

25, 25 bis. — Ce cerveau appartient à une femme ayant succombé à l'âge de 70 ans. Vierge. Tempérament énergique, dominateur, une véritable *virago* ayant institué parmi ses compagnes une véritable confrérie d'assistance Très loquace. Esprit d'entreprise. Son cerveau *participe des caractères du cerveau de l'homme*.

Lobe droit. Face interne : Les scissures commencent à s'élargir, principalement la calloso-marginale et la perpendiculaire interne. Par contre, le lobe paracentral *fait saillie* comme chez l'homme (comparer au 22 bis). La frontale interne est très développée, de même le lobe carré.

Face externe : Elargissement du sillon de Rolando, idem pour le sillon inter-pariétal, idem du sillon de la frontale ascendante. Les circonvolutions sont plissées. Les frontales dans leurs rapports normaux. Le pli courbe accentué.

Lobe gauche. Face interne. Elargissement des mêmes scissures. Saillie du paracentral (comparer au 22 bis et au 23). La frontale interne bien développée, ainsi que le lobe carré. — Face externe : Les marginales très développées. La frontale ascendante présente une scissure au niveau de l'insertion de la 2e frontale. La 2e frontale est peu développée ; la 3e est massive et très flexueuse. Le pli courbe normal (1).

26, 26 bis. — Sujet masculin. Syphilitique. 40 ans. Menuisier. Morphologie à peu près normale du cerveau.

(1) On trouvera des détails dans le journal « l'*Encéphale* » 1882, page 573, relatifs à la pyschologie de cette femme et à propos d'un article sur la surexcitation nerveuse.

Lobe droit. Face interne : Elargissement de la scissure calcarine.

Face externe : Atrophie notable de la pariétale ascendante. La frontale ascendante est bombée et volumineuse. Les 1res frontale et pariétale normales. La 2e frontale irrégulière avec un pli vertical qui l'anastomose à la première et à la 3e. Au niveau du cunéus, atrophie pathologique de l'écorce. Légère saillie du paracental.

Lobe gauche. Face externe.

La frontale et la pariétale ascendantes régulières. La 2e frontale très irrégulière et sinueuse. Un pli de passage avec la 1re frontale. La 3e frontale normale. Foyer d'ulcération spécifique superficielle au niveau de la région concave du pli courbe. Le sillon frontal supérieur commence à s'élargir.

Face interne : Morphologie à peu près normale. Légère saillie du lobe paracentral. Les scissures commencent à s'élargir.

27, 27 bis. — Femme, 55 ans. Affection cardiaque. Cerveau dolichocépale.

Lobe droit. Face externe : Morphologie normale. Les circonvolutions marginales à peu près normales.

La 1re frontale présente une dépression en avant du lobe paracentral. Les scissures commencent à s'élargir. Pli de passage entre la 1re et la 2e frontales.

Face interne : Morphologie à peu près normale. Développement du lobe quadrilatère. Le lobe paracentral est plus développé. Les scissures sont élargies.

Lobe gauche. Face externe : Amincissement de la frontale ascendante à sa partie moyenne. Incisure de la 1re frontale. La 2e régulière, la 3e très développée. Amincissement de la 1re temporale. La 2e très développée.

28, 28 bis. — Phthisique de 35 ans. Femme. Couturière. Dolichocépale.

Lobe droit. Face interne : Morphologie à peu près normale. Elargissement de la scissure et de la circonvolution crétée. Le lobe paracentral tend à s'isoler. Le lobe quadrilatère présente des incisures profondes et multiples. Elargissement de la scissure perpendiculaire interne.

Face externe : La frontale ascendante régulière. La pariétale ascendante présente une incisure supérieure.

La 1re frontale régulière ; la 2e présente un pli de passage avec la 1re ; la 3e irrégulière.

Le pli courbe — incisures multiples avec sinuosités abondantes. La 2e temporale à peine exprimée.

Lobe gauche. Face externe : Frontale et pariétale ascendantes normales. La 1re frontale, incisure longitudinale. La 2e sinueuse. La 3e irrégulière divisée par un sillon vertical qui se prolonge sur la 2e frontale. La 1re temporale normale. La 2e temporale à peine exprimée.

Face interne : Morphologie normale. Elargissement considérable de la scissure calloso-marginale, idem pour la perpendiculaire interne. Lobe paracentral amaigri. Lobe quadrilatère réduit de moitié.

29. — Un seul lobe. Lobe gauche d'un sujet féminin. Albuminurique de 40 ans. Légèrement dolichocéphale. Intelligence normale.

Face externe : Les circonvolutions ne sont pas amaigries et les scissures ne sont pas accentuées.

La frontale ascendante sinueuse avec incisure à la base. La pariétale ascendante flexueuse avec incisure à la base et à sa partie moyenne. Le lobe pariétal flexueux. La 1re frontale présente deux plis de passage avec la 2e frontale. La 2e frontale à peu près régulière. La 3e frontale très développée, épaisse et flexueuse. Le pli courbe, circonvolutions larges flexueuses et épaisses. Le sillon temporal parallèle large.

Face interne : Toutes les circonvolutions sont épaisses et tassées les unes contre les autres. Le lobe paracentral peu développé. Le lobe quadrilatère très développé. La frontale interne et la circonvolution cretée très développées. (Comparez ce cerveau avec le cerveau des hallucinés 2, 3, 4....)

30. — Un seul lobe. Lobe gauche isolé d'un phthisique. Intelligence normale. Lobe légèrement dolichocépale.

Face externe : Frontale ascendante sinueuse. La pariétale ascendante sinueuse effilée à son extrémité. Elle donne naissance à des flexuosités abondantes qui forment un lobe pariétal extraordinairement développé. La 1re frontale normale. Le pli courbe présente un élargissement très notable. La 1re temporale est irrégulière. La 2e temporale est à peine dessinée et se présente sous forme de gonflement.

Face interne : Morphologie à peu près normale. Les sillons commencent à s'élargir. Sur le paracentral rien de particulier. Le lobe quadrilatère est peu développé. La frontale épaissie. La scissure calloso-marginale peu profonde.

Rien de notable dans les régions du cunéus.

31, 31 bis. — Femme de 60 ans. Affection cardiaque. Nerveuse et émotive.

Lobe droit. Face externe. La frontale ascendante présente une incisure transversale à son 1/4 inférieur. La pariétale ascendante sinueuse et gonflée çà et là. La 1re frontale à peu près normale. La 2e frontale très irrégulière fragmentée. La 3e frontale normale. La 2e temporale irrégulière.

Face interne : Le lobe pariétal commence à s'isoler. Le lobe carré creusé par des sillons multiples. Le cun éus commence à passer à l'état d'ilot par l'élargissement des scissures qui le bordent. La circonvolution cretée légèrement amincie.

Lobe gauche. Face externe : Frontale ascendante épaisse et sinueuse. La pariétale ascendante gonflée à son extrémité supérieure et rétrécie à son extrémité inférieure.

Circonvolution pariétale supplémentaire.

Le pli courbe très développé, très élargi dans ses portions antérieures. La 1re temporale irrégulière dans son origine. La 2e temporale flexueuse et mal dessinée. La 1re frontale, incisure antéro-postérieure. La 2e frontale bipartite irrégulière dans ses extrémités. La 3e frontale curviligne avec 3 incisures convergentes.

Face interne : Amincissement des circonvolutions. Elargissement des scissures. Le lobe paracental normal. Le lobe quadrilatère est excavé par un sillon formant gouttière et creusant sa substance. Le cunéus commence à s'isoler. L'hippocampe, rien à signaler. Le lobe orbitaire normal.

32, 32 bis. — Femme de 40 ans. Acromégalie. Amincissement des os du crâne, comme parcheminés.

Lobe droit. Face interne : Elargissement des scissures calloso-marginale et perpendiculaire. Morphologie à peu près normale. Elargissement considérable de la cavité ventriculaire (ventricule latéral).

Face externe : Elargissement de la scissure de Rolando ; du sillon frontal 1er et du sillon parallèle qui est élargi en gouttière. Les plis sont dépourvus de flexuosités ; les marginales n'en présentent pas de traces. La 1re frontale est légèrement flexueuse pourtant, même chose pour la 2e frontale. La 3e frontale présente une courbe avec quelques flexions.

Le pli courbe est parcouru par de larges sillons.

Lobe gauche. Face interne : morphologie normale à peu près. Amincissement du corps calleux et comme conséquence, dilatation du ventricule latéral. Face externe : Les circonvolu-

tions sont séparées entre elles par de véritables gouttières profondes dans lesquelles se sont concentrés tous les sillons (2e frontal prérolanique parallèle, interpariétale). Toutes ces circonvolutions présentent leurs bords taillés à pic et anguleux. La 3e frontale présente un repli en forme d'anse au niveau de son pied analogue de celle qui existe du côté opposé.

33, 33 bis. — Homme de lettres de 35 ans. Paralysie générale.

Lobe droit. Face interne : Morphologie normale. Elargissement des scissures. Le sinus du corps calleux très élargi, de même que la cavité du ventricule latéral. Etat granulé de l'écorce de la frontale interne, du lobe paracentral et du lobe carré.

Face externe : Morphologie à peu près normale. La pariétale ascendante étranglée à son 1/4 moyen et gonflée supérieurement. Le lobe pariétal très développé. Le sillon interpariétal très accusé. Granulations sur la 1re et la 2e frontale et sur les circonvolutions rolandiques.

Lobe gauche. — Face interne : Commencement de dilatation des scissures. Atrophie du corps calleux de la moitié postérieure. Etat granulé de la frontale interne.

Face externe : Irrégularité frontale ascendante avec scissure sur la moitié inférieure et bifidité à son extrémité inférieure. Incisure transversale de la pariétale ascendante. Développement du lobe pariétal. Frontale 1re incisure longitudinale. La 2e frontale très irrégulière et abondante en flexuosités. La 3e frontale mal développée (1). Le sillon parallèle très développé. *Etat granulé des frontales et des pariétales.* Développement en gouttière du sillon interpariétal.

34, 34 bis. — Paralysie générale. Femme 51 ans.

Lobe droit. Face interne : Plus petit que le lobe gauche, et soumis aux mêmes préparations. Morphologie à peu près normale, sauf le développement considérable du lobe carré. Elargissement des scissures.

Face externe : Elargissement de la scissure de Rolando. Les circonvolutions rolandiques amincies. Le lobe pariétal est peu développé. La 1re temporale très développée. La 1re frontale, rien de notable. La 3e peu développée. Etat granulé du pli courbe.

(1) Pendant 7 à 8 mois le malade, quoique paralytique, est resté silencieux et halluciné taciturne ; ce n'est que dans les derniers mois que l'excitation cérébrale typique s'est manifestée.

Lobe gauche. Face interne : Développement du lobe paracentral. Dilatation de la cavité du ventricule latéral.

Face externe : Elargissement de la scissure de Rolando et de Sylvius, du sillon interpariétal. Amincissement des circonvolutions rolandiques. Granulations sur la 2e, la 3e et la 4e frontale. Quelques granulations sur le pli courbe.

35, 35 bis. — Paralysie générale. 34 ans.

Lobe droit. Face interne : Morphologie à peu près normale. Le lobe paracentral diminué. Dilatation de la cavité ventriculaire. Développement des granulations sur la circonvolution 1re temporo-occipitale.

Face externe : Lésions bien plus développées. Lésions et élargissement en gouttière de la scissure de Sylvius, du 2e sillon frontal et du sillon parallèle. La frontale ascendante est atrophiée et interrompue. Même chose pour la pariétale ascendante. Le lobe pariétal et le lobe paracentral sont peu développés. La 2e frontale est épaissie et sinueuse. La 3e frontale forme une anse. Le pli courbe est irrégulier : ses circonvolutions sont tassées. La 1re temporale est gonflée à sa partie supérieure et commence à sa partie inférieure. Granulation sur la 2e frontale et sur le lobe pariétal. Développement inégal des circonvolutions.

Lobe gauche, moins altéré que son congénère. Face interne : Morphologie normale. Développement compensateur du lobe paracentral.

Face externe : Les sillons commencent à s'élargir. La frontale ascendante est sinueuse. La pariétale ascendante incisure transversale. Pli du passage au pli courbe. Le lobe pariétal peu développé. Le pli courbe est peu développé dans sa partie curviligne.— Première frontale incisure longitudinale; son extrémité postérieure bifide. La 2e frontale sinueuse, mal développée. La 3e frontale très flexueuse, très développée. Quelques granulations sur les circonvolutions rolandiques.

(A suivre.)



RAPPORTS DES MALADIES INFECTIEUSES

AVEC LES TROUBLES MENTAUX

L'étude de plus en plus pénétrante de la bactériologie moderne a permis de jeter un jour tout nouveau sur les grands problèmes de la pathogénie et de la genèse de certaines maladies.

C'est ainsi qu'un certain nombre d'états morbides sont actuellement rattachés à des microbes spéciaux qui les caractérisent spécifiquement et deviennent leur véritable élément générateur. C'est ainsi que la fièvre typhoïde, le charbon, l'érysipèle, la diphthérie, ont leur véritable agent spécifique, et que l'on peut dire véritablement, là où il y a des symptômes spécifiques, là il y a pareillement un élément nocif spécifique.

Par le fait même du courant des idées nouvelles, on est amené à se demander si la voie d'évolution des virus ne se propage pas dans un domaine spécial de la pathologie humaine, et, si certaines infections ne sont pas, elles aussi, susceptibles d'engendrer et de provenir de microbes spécifiques, et si ces mêmes éléments ne sont pas susceptibles de se confondre comme leurs congénères. Je veux parler de l'infection blennorrhagique et syphilitique.

Les faits que je cite dans ce numéro et qui sont empruntés à deux auteurs différents, me paraissent un premier pas dans la voie indiquée, et il est probable, qu'une fois l'attention éveillée, les phénomènes généraux produits par les gonocoques vont devenir plus abondants ; et d'ailleurs, n'a-t-on pas signalé le gonocoque dans les liquides des articulations ; des auteurs dignes de foi n'ont-ils pas indiqué le même microbe, à même le sang et circulant avec lui à travers tous les canaux vasculaires de l'organisme ?

Pour la syphilis, les choses sont moins avancées et cependant il y a déjà un grand pas de fait. Le Dr Colasz (1), préparateur de Koch, a représenté par des épreuves photographiques remarquables des bâtonnets, des filaments avec des caractères spéciaux et provenant du sang d'in-

(1) Des applications de la micrographie et de la bactériologie au diagnostic chirurgical, par le Dr Aubeau. (Société des Editions scientifiques. Paris, 1894.)

dividus syphilitiques ; — et, s'il faut accepter ce document avec une certaine réserve, on ne peut s'empêcher de reconnaître que la question est posée, et que le jour n'est peut-être pas éloigné où on reconnaîtra que certains troubles mentaux, certaines aberrations soit de l'esprit, soit de l'intelligence, sont imputables à ces organismes rudimentaires, qui, dans la blennorragie et la syphilis, vivent et se développent aux dépens des éléments nerveux intimes, aux dépens des cellules cérébrales dont ils désorganisent ainsi par leur présence, la vitalité propre (1). J. L.

I. — Rapports des maladies infectieuses et des troubles mentaux (2),

Par Mills.

Il y a déjà un siècle, Rush a montré que certaines affections, comme la goutte, la tuberculose, l'hydropisie, la grossesse, les fièvres, peuvent produire la folie. Régis et Chevalier-Lavaure, au Congrès des aliénistes français en 1893, ont distingué trois sortes de troubles mentaux : 1° ceux qui sont dus à des maladies infectieuses; 2° ceux qui proviennent de troubles viscéraux ; 3° ceux qui sont causés par des maladies diathésiques. Je crois surtout à l'action des agents infectieux dans la production de ces troubles. Je me rappelle avoir vu un cas de manie aiguë avec hyperesthésie, contractures, éruption pétéchiale, et dont les symptômes faisaient penser à une méningite cérébro-spinale ; mais à l'autopsie on ne trouva aucune lésion ; il semble bien qu'il y ait eu là une toxémie associée à de l'anémie. Les récentes épidémies d'influenza nous ont donné d'importantes leçons dans ce sens-là. La pellagre est une affection, sans doute d'origine infectieuse, avec des troubles mentaux et des manifestations cutanées ; les examens microscopiques ont révélé l'existence de lésions combinées des régions latérales et postérieures de la moelle. Rasori a rapporté un cas de délire aigu avec autopsie et examen bactériologique, dans lequel on trouva une bactérie tuant le lapin avec des symptômes de septicémie. Cette bactérie avait été retirée du liquide céphalo-rachidien. Tuke et Woodhead croient que beaucoup de folies puerpérales sont dues à une influence toxine qui n'a rien à voir avec la grossesse.

(1) Leçons cliniques du Professeur A. Mairet, Aliénation mentale syphilitique. Masson, 1893, Paris.
(2) *Mercredi médical*, 11 juillet 1894.

II. — **Méningites et bacille typhique** (1),

Par Tictive.

Les auteurs ont eu l'occasion d'observer deux cas de méningite chez des sujets atteints de la fièvre typhoïde. Dans le premier cas, l'autopsie révéla, en outre des lésions caractéristiques des organes abdominaux, de l'hyperhémie et de l'œdème des méninges. Pendant la vie le diagnostic de méningite avait pu être posé d'après les phénomènes cliniques. L'examen histologique décela dans 12 coupes du cerveau (sur 80) la présence du bacille typhique, que la culture confirma. Dans le second cas il s'agit d'une fièvre typhoïde, compliquée d'une méningite purulente, dont le pus contenait le bacille d'Eberth : le diagnostic des troubles nerveux avait été : hyperhémie cérébrale, alors que l'autopsie révélait une méningite purulente diffuse, à bacilles d'Eberth confirmés par la culture. L'examen comparatif des cultures pures montra, dans les deux cas, que les bacilles avaient les mêmes caractères. Des expériences furent entreprises sur les animaux, consistant, après trépanation, à déposer, dans une incision de la dure-mère, de la culture de bacilles portée par le chas d'une aiguille de platine. Ils ont observé à la suite de l'œdème inflammatoire du cerveau et des méninges et de la suppuration.

III. — **Accidents cérébraux dans le cours de la blennorrhagie** (2).

L'auteur a eu l'occasion d'observer à quelques jours d'intervalle deux faits de coexistence d'une chaude-pisse aiguë et d'une hémiplégie chez des malades, dont l'un, au moins, était à un âge et dans des conditions générales de santé qui rendaient très difficile l'explication de son hémiplégie par les causes habituelles de ce syndrome.

1° L..., âgé de 59 ans, entré à l'hôpital des vénériens le 31 mai 1886 pour une blennorrhagie aiguë, est frappé, le lendemain dans l'après-midi, ayant présenté le matin même un gonflement douloureux des articulations du poignet, du coude et du genou qui sont rouges, tuméfiés, d'une attaque d'apoplexie. Le 23 juillet il est pris d'attaques épileptiformes à type jacksonien, et succombe à l'état de mal. A l'autopsie on trouve un ramollissement très vaste occupant le territoire de la sylvienne de l'hémisphère gauche, s'étendant jusqu'au ventricule latéral, en coupant la capsule interne. Le cœur est sain.

(1) *Archives de medecine expérimentale*, janvier 1894, n° 1, p. 1.
(2) Pitres. *Revue neurologique, G. Hebd.*, 22 septembre 1894.

2° Un soldat de 24 ans, au cours d'une récidive de blennorrhagie, est pris d'une attaque légère d'éblouissements, à la suite de laquelle il devient hémiplégique, et qui s'améliore relativement, en laissant persister une légère asymétrie faciale, ainsi que de l'exagération du réflexe tendineux et trépidation du pied du côté hémiplégié.— Devra-t-on faire rentrer, plus tard, la blennorrhagie dans l'étiologie des ramollissements cérébraux ?

IV. — **Troubles cérébraux et blennorrhagie** (1).

Le Dr Cullère vient de publier dans les *Annales médico-psychologiques* un article sur la Folie blennorrhagique. Le gonocoque acquiert donc une nouvelle attribution, celle de porter son action virulente sur le cerveau, ou plutôt, comme il résulte des recherches anatomo-pathologiques du Dr Venturi, sur les enveloppes du cerveau.

L'auteur insiste sur le caractère essentiellement microbien de la blennorrhagie dont les rapports avec la folie, il est vrai, n'avaient pas encore été établis par l'observation clinique, mais dont le retentissement sur le système nerveux périphérique avait été démontré par le Dr Reimers, car ce dernier avait vu quelques cas de poly-névrite ayant coïncidé avec l'infection blennorrhagique. De sorte que, à priori, il n'y aurait pas de raison pour que cette affection ne pût provoquer des altérations cérébrales soit fonctionnelles, soit organiques.

Le Dr Cullère, nous cite à l'appui de la thèse qu'il défend, le mémoire du Docteur Venturi, où celui-ci a recueilli 27 observations d'*hébéphréniques*. Sous ce nom, le praticien italien comprend des cas de folie développés chez les jeunes gens de 17 à 25 ans, et ne relevant d'aucune cause pathologique connue, ni d'aucune prédisposition héréditaire. Tous ces malades étaient, au moment de l'invasion de la folie, en pleine infection blennorrhagique. Chose particulièrement importante à noter : Aucun de ces malades n'a guéri des troubles cérébraux avant de l'être de l'écoulement spécifique. Aussi se croit-il autorisé à conclure qu'il y a lieu d'admettre un rapport de causalité entre la blennorrhagie et la psychopathie des adolescents.

Le Dr Venturi, en se basant sur ce fait que la blennorrhagie peut provoquer des péricardites, des endocardites, des arthrites, voir même des pleurésies, n'est pas loin de considérer la folie blennorrhagique comme étant le résultat d'une arachnoïdite avec

(1) *Annales médico-psychologiques*, n° 2, septembre-octobre 1894, page 291.

épanchement séreux. Le Dr Cullère accepte cette interprétation anatomo-pathologique avec réserve. Le cerveau, dit-il, ne peut pas impunément supporter un épanchement séreux qui dure une huitaine de mois, car la moindre des conséquences d'un pareil phénomène serait une déchéance irrémédiable de l'organe cérébral et la démence ensuite! Or, dans les cas cités par M. Venturi, la guérison complète et sans rechute était la terminaison habituelle de la maladie.

Le Dr Cullère cite deux observations qui se rapprochent plus ou moins de celles du Docteur Venturi.

Il s'agit, dans le premier cas, d'une femme de 43 ans, menant la vie galante, sans antécédents héréditaires, ni autres, qui tomba peu à peu dans un état de stupeur panophobique accompagnée d'hébétement avec embarras de la parole, de congestion cérébrale passive et de tremblements des membres. Un mois et demi après l'invasion de ces accidents, on assista à la restauration complète de ses fonctions intellectuelles. Un examen au spéculum permit à l'auteur de constater l'existence d'une *vaginite blennorrhagique* en voie de guérison. Cette malade, quoique non hébéphrénique au sens que lui attache l'auteur italien, n'en démontre pas moins le rôle que joue la blennorrhagie dans l'évolution de la psychose infectieuse et rentre dans la catégorie des cas énoncés par le dit auteur.

Pour ce qui est de la deuxième observation, — voilà quels en sont les faits.

Une jeune fille d'environ 25 ans, s'adonnant à la prostitution et *ayant des antécédents héréditaires non douteux*, devint folle. Chez elle la folie portait les mêmes caractères que chez la première malade, avec des accès d'érotomanie en plus. L'examen au spéculum fit voir à l'auteur la présence d'une *vaginite blennorrhagique* intense. Cette vaginite ne tarda pas à guérir, mais l'*état mental de la malade n'a subi jusqu'aujourd'hui aucune modification favorable.*

(Pour nous résumer, il y a deux cas qui se présentent : Ou bien la maladie mentale évolue en même temps que la blennorrhagie ou un peu plus tard, et alors la guérison se produit sans rechutes, à condition qu'il n'y ait pas d'antécédents héréditaires qui changent la question du tout au tout (observations du Dr Venturi et la 1re observation du Dr Cullère) ; ou bien il y a des antécédents héréditaires et la maladie tombe sous la loi des folies sympathiques sans que la guérison ait la chance de se produire (un cas cité par le Dr Venturi, la 2e observation du Dr Cullère).

EFFETS PHYSIOLOGIQUES DE LA MUSIQUE

SUR DES SUJETS EN ÉTAT D'HYPNOTISME

Un médecin Américain, le Dr Alfred Warthin, démonstrateur de clinique médicale à l'Université de Michigan, a eu l'idée de faire expérimentalement cette étude physiologique des effets de la musique sur l'organisme humain.

Ayant constaté, dit-il, en écoutant les Opéras de Wagner, à Munich et à Vienne, que les auditeurs étaient plongés dans un état fort analogue, sinon identique, à l'état hypnotique, il a pensé que, pour apprécier avec précision les effets de la musique sur les fonctions physiologiques du corps, il était préférable de mettre d'abord les sujets en état d'hypnotisme, afin de mieux les abstraire de toute autre impression extérieure.

Il a donc pris cinq hommes et deux femmes qui ont bien voulu se prêter à ces expériences. Quatre étaient des médecins, les autres des étudiants ; tous jouissaient d'une santé normale, prenaient plaisir à entendre de la musique, mais sans posséder un sens musical bien développé ; à l'état normal, la musique ne produisait pas grande émotion chez ces personnes et en tout cas aucun effet physiologique appréciable. Les sujets, placés dans une chambre, à côté d'un piano, étaient endormis par les procédés ordinaires, et une fois en état d'hypnotisme, M. Warthin leur inspirait les suggestions suivantes : « Vous êtes mort à toute chose au monde, excepté à la musique qui va vous être jouée ; vous ne sentirez et vous ne connaîtrez rien que cette musique. Une fois réveillés, vous vous rappellerez les sensations que vous aurez éprouvées. »

Les sujets ainsi préparés, on exécutait sur le piano un morceau de Wagner ; les effets physiologiques sur le pouls, la respiration, etc., étaient observés et enregistrés ; on réveillait ensuite le patient et on prenait note de ses sensations.

Voici, par exemple, les effets de la « Chevauchée des Walkyries » sur le Dr M., âgé de 40 ans :

« Le pouls devient au début plus rapide, plus plein ; la tension augmente de 60, le nombre des pulsations s'élève à 120 ; puis le pouls devient très vif, et la tension s'abaisse. En même temps la respiration monte de 18 à 30 par minute, la figure exprime une grande agitation ; tout le corps est couvert d'une sueur profuse. Réveillé, le sujet déclare qu'il n'a pas perçu la musique comme son, mais comme une sensation

(1) *Revue de l'Hypnotisme*, sept. 1894.

générale, une sorte d'excitation produite par une « course furieuse à travers l'espace ».

Même sensation de course furieuse à travers l'espace, chez M. O., âgé de 22 ans. Mêmes effets sur le pouls et la respiration. Pas de mouvements du corps cependant, ni de modifications dans l'expression du visage ; la peau était couverte de sueurs profuses.

Il est à noter que le même morceau, joué à l'état de veille, n'a produit aucun effet comparable aux résultats observés pendant l'état hypnotique et n'a déterminé aucune modification physiologique.

Un autre morceau de Wagner, le motif du « Walhalla », a provoqué d'abord un ralentissement du pouls avec élévation de la tension; puis, à la fin, une accélération extrême des pulsations, un abaissement de la tension ; la sensation éprouvée par le sujet a été celle de « grandeur et de calme sublimes ».

La musique de la scène ou Brunehilde appelle Sigmund au Walhalla, a déterminé encore des modifications marquées du pouls qui est devenu faible, irrégulier et très petit ; la respiration a diminué de fréquence et est devenue suspirieuse ; la face était pâle et couverte d'une sueur froide, la sensation éprouvée par les sujets était celle de « mort » aucune impression précise n'a pu être décrite.

M. Warthin a observé encore que, pour produire l'état hypnotique, la musique est bien supérieure à toutes les méthodes ordinaires. A cet égard le pouvoir des différents morceaux est assez variable ; ainsi un des sujets ne pouvait être hypnotisé que par le « chœur des pèlerins » du *Tannhauser* ; avant la cinquième mesure, il était d'ordinaire complètement endormi.

On a accusé d'érotisme la musique de Wagner. Les expériences de M. Warthin l'absolvent complètement de cette accusation. Divers passages de la Valkyrie, de Tristan et Iseult, qui ont été particulièrement critiqués à ce point de vue spécial, ont provoqué chez les sujets hypnotisés des sensations de « désir », de « frénésie », mais n'ont jamais déterminé la moindre excitation sexuelle, ni la moindre suggestion verbale ; la musique de ces passages peut produire de pareils effets et qu'alors la sensation « d'envie », de « désir », se rapproche singulièrement du « désir physique » ; mais par eux-mêmes les sons musicaux sont incapables de provoquer un état d'éréthisme génital.

TABACOMANIE

TRAITEMENT PAR L'HYPNOTISME ET LA SUGGESTION

Par M. E. Decroix,
président de la Société contre l'abus du tabac (1).

Il arrive journellement que des malades consultent leurs médecins pour des affections dont ils ignorent absolument la cause. De ce nombre sont bien souvent les affections nicotiniques. Et lorsque l'on dit à ces malades que c'est le tabac qui est la cause de l'amaurose, de l'angine de poitrine, de la gastrite, de la migraine, des vertiges, etc., etc., ils soutiennent énergiquement le contraire :

— Docteur, vous êtes dans l'erreur. Il y a 10 ans, 20 ans, 30 ans que je fume, et il n'y a que fort peu de temps que j'ai ressenti les premiers malaises pour lesquels je viens vous consulter. Et puis, je ne fume pas plus qu'autrefois ; je fume même un peu moins.

— Et pourtant, c'est bien le tabac qui est la cause de ces maladies. N'avez-vous jamais remarqué qu'après une soirée passée à fumer un peu plus que de coutume avec des amis, vous souffriez davantage le lendemain ?

— Après un moment de réflexion, effectivement, je me rappelle.... Mais enfin, quel traitement m'ordonnez-vous ; que dois-je faire ?

— Le traitement est bien simple : Il vous faut renoncer au tabac !

— Ah, Docteur, pour ça, non ! Jamais je ne pourrai renoncer au tabac ; c'est impossible ; c'est plus fort que moi !

— Eh bien ! si vous le voulez je puis vous faire triompher de votre passion tabagique, et cela sans que vous ayez à vous livrer à un combat surhumain. C'est par l'hypnotisme et la suggestion. Et non seulement, par ce moyen, je puis vous guérir ; mais encore le tabac, la fumée du tabac vous dégoûtera.

A l'appui de ce qui précède je dirai que les docteurs Auguste Voisin, Chazarin, Bérillon, Laurent, etc., ont publié des cas de guérison par la suggestion. Pour mon compte, j'ai eu l'occasion, de recourir plusieurs fois à ce moyen. Je vais me borner à rapporter une seule observation, ayant pu voir le sujet avant, pendant et après le traitement.

M. Dessanne, âgé de 26 ans, bien constitué, ancien artilleur,

(1) Extrait des comptes rendus de la *Revue contre l'abus du tabac*.

a commencé à faire usage de la cigarette vers l'âge de 15 ans ; il a fini par fumer pour 50 centimes de tabac par jour. Il a reconnu lui-même qu'il abusait au détriment de sa bourse et surtout de sa santé.

Il est un peu maigre et son teint est pâle, jaunâtre ; le matin, il a des aigreurs et des crampes d'estomac ; il a peu d'appétit et ses digestions sont languissantes. Il voudrait bien renoncer au tabac, mais comme il arrive ordinairement dans les luttes contre les passions ; la volonté est plus faible que la bonne intention.

Au mois d'août 1887, il entra comme concierge au service de M. Perrieau, directeur de l'établissement de « La Mère de Famille ». Dans ses nouvelles fonctions, il lui fut absolument interdit de fumer pendant qu'il était au magasin ; mais il s'empressait de réparer le temps perdu, c'est-à-dire gagné, aussitôt qu'il avait repris sa liberté. Alors, les cigarettes succédaient aux cigarettes avec une dangereuse persistance ; le matin, notamment, l'air de l'escalier qu'il cirait était imprégné de l'odeur du tabac. Après lui avoir fait observer plusieurs fois que tôt ou tard, il serait victime de sa passion ; après avoir reçu cette réponse : « Je sais que vous avez raison ; mais c'est plus fort que moi ; je ne puis renoncer au tabac ! », je lui ai dit un jour que si réellement il désirait se corriger, je pourrais le guérir, sans effort, sans douleur, sans médicaments et sans qu'il ait à modifier son genre de vie. Il accueillit ma proposition. Donc, j'arrive au fait.

Le 2 décembre 1888, à 3 h. 1/2, je commence la pratique de l'hypnotisme d'après les indications qui m'ont été données par M. le Dr Chazarin (1). A 3 h. 50, le sommeil hypnotique est obtenu. La respiration et la circulation sont normales, comme dans le sommeil ordinaire.

Je fais alors la suggestion, qui consiste à dire sur un ton affectueux et impérieux tout à la fois :

« Le tabac est coûteux... Le tabac est dangereux pour la santé... Vous trouverez le tabac mauvais... Vous ne fumerez plus... »

Je répétai ces paroles deux fois, à trois ou quatre minutes d'intervalle, puis je provoquai le réveil.

L'ayant interrogé alors, j'ai constaté que M. Dessanne avait un vague souvenir de ce que je lui avais dit ; mais ce qui est important à signaler ici, ce sont les résultats obtenus :

(1) Chaque praticien hypnotiseur a sa méthode ordinaire, qu'il varie selon la plus ou moins grande sensibilité de ses sujets.

Le soir, il n'eut plus envie de fumer ; toutefois, par habitude sans doute, il fit machinalement une cigarette et l'alluma. Il fut étonné de lui trouver un goût désagréable : « C'était, dit-il, comme si j'avais fumé des feuilles mortes ».

Il jeta cette cigarette, après en avoir fumé la moitié environ, tandis qu'il était habitué à en consommer dix à quinze dans la soirée.

Le 3 décembre au matin, il ne fuma pas du tout. Les habitants de la maison purent remarquer, en effet, que l'on ne sentait pas dans l'escalier l'odeur de tabac comme de coutume. Dans la journée, M. Dessanne essaya de fumer, mais le tabac lui parut encore mauvais, sans attrait ; il ne put finir aucune des trois cigarettes qu'il avait allumées.

Ce qui est très bon à noter, c'est que les aigreurs et les crampes d'estomac ont disparu, et que l'appétit est revenu, au point que le sujet en traitement a dû manger un morceau de pain avant l'heure de dîner.

Le 4, il ne fume pas du tout dans la matinée. A midi, après son déjeuner, nouvelle hypnotisation, qui s'obtient en 16 minutes. Nouvelle suggestion, en procédant comme la première fois.

Depuis lors, Dessanne n'a plus essayé une seule fois de fumer et il « ne pense même plus au tabac ».

Le 6, je lui demande comment il se trouve. « Je me sens mieux, me répond-il. Je mange avec plus d'appétit. Mes *crampes d'estomac* ont disparu. Je n'ai plus aucune envie de fumer. »

« Puisqu'il en est ainsi, lui dis-je, donnez-moi ce qui vous reste de tabac. »

Il s'est empressé de me le donner, déclarant de nouveau que la cigarette n'avait plus aucun attrait pour lui.

M. Dessanne me raconte que, la veille, il a dû passer un moment au café avec un ami qui fumait, et que, non seulement il n'a pas eu le désir de l'imiter, mais encore que l'odeur de la fumée lui était désagréable.

Afin de bien confirmer cette guérison, je lui proposai de renouveler une dernière fois la suggestion.

Il s'en rapporta complètement à moi. En conséquence :

Le 8 décembre, à 1 h. 25, étant renfermé seul avec lui dans ma chambre, comme les deux premières fois, je procède à l'hypnotisation. A 1 h. 38, les yeux se ferment spontanément.

A 1 h. 43, je fais une suggestion, répétant les paroles ci-

dessus rapportées. A 1 h. 46, Mme Dessanne vient dire que l'on appelle son mari.

Le bruit de la sonnette n'a pas réveillé ce dernier. A 1 h. 48, dernière suggestion.

A 1 h. 52, il fait quelques mouvements, prélude, je pense, du réveil spontané. Alors je provoque le réveil instantané.

A ce moment, la femme vient de nouveau sonner et réclamer son mari !...

Je dis à M. Dessanne, au moment de son départ : « Vous êtes guéri maintenant pour toujours de la passion du tabac ! »

Le soir j'ai appris qu'au moment de l'hypnotisme, quelque *commère* avait dit à Mme Dessanne que ce que je faisais à son mari était *très dangereux*, et qu'il ne fallait pas me laisser continuer.

Heureusement, il était trop tard, *le bien était fait*.

Le 22 décembre, M. Dessanne est bien guéri de la tabacomanie, ainsi que de ses aigreurs et de ses douloureuses crampes d'estomac. Il a bon appétit et son teint devient plus vermeil.

Pendant les quelques mois qu'il a encore habité la maison, je ne l'ai plus vu fumer. Mais, fait à noter, c'est que, marié depuis 5 ans, il n'avait pas d'enfant, et que sa femme devint enceinte, quelque mois après que son mari eut renoncé au tabac. Elle est accouchée à terme d'un beau gros garçon, que j'ai vu. Du reste, on sait que le tabac est une des causes de la dépopulation.

Pour terminer, voici une note qui m'a été communiquée par le Dr Aug. Voisin. Je lui cède la parole :

« L'observation suivante nous a paru intéressante parce qu'elle démontre d'une part la gravité de l'abus du tabac, l'influence nocive de ce poison sur le tissu du cœur et sur son fonctionnement, sur la moelle épinière et sur les muscles, et d'autre part la possibilité d'appliquer la suggestion hypnotique au traitement de cette funeste habitude et de guérir en deux ou trois séances, une personne qui fumait d'une façon déréglée :

« M. X..., âgé de 45 ans, est venu me consulter, dit le Dr Auguste Voisin, en mars 1887, pour un état hypocondriaque et une diminution notable de la mémoire et de la force morale, ainsi que pour des accidents cardiaques. La famille du malade attribuait ces accidents à des abus considérables de tabac et

on me l'avait amené pour essayer de le guérir de cette habitude par la suggestion hypnotique.

« M. X... fume depuis 15ans au moins 40 à 60 cigarettes par jour. Il éprouve des douleurs au niveau de la première vertèbre dorsale, une sensation continuelle de fatigue, un affaissement général et il a beaucoup maigri. Je constate que les masses musculaires des quatre membres sont excessivement maigres, le jet d'urine a diminué de force.

« Les battements du cœur sont très faibles et on peut même dire qu'ils battent par moment d'une façon presque insensible. Le pouls est chétif, les poumons ne présentent qu'un peu de catarrhe ; le malade tousse fréquemment. Les pupilles sont égales. Il n'existe aucun trouble dans les sens de l'ouïe, de la vue et de l'odorat. Le goût est seulement un peu obtus. La parole est nette, la mémoire est diminuée dans une assez forte proportion, il en est de même de la force morale, et M. X... a des tendances nettement hypocondriaques. Cet état maladif ne l'empêche pas de s'occuper cependant de ses affaires.

« L'appétit est considérablement diminué, aussi M. X... mange-t-il très peu et c'est à peine s'il prend chaque jour quelques bouchées de viande.

« Je le soumets à des tentatives d'hypnotisme au moyen du procédé de la fixation des yeux sur un ou deux doigts. — L'hypnose n'a pu être obtenue qu'au bout de deux séances. Le malade ne peut pas être plongé dans un état qui dépasse la demi-léthargie, il ne peut ouvrir les yeux ; il ne peut non plus se redresser sur son fauteuil, quoiqu'il nous affirme qu'il n'a pas dormi entièrement.

« Dès cette séance, *je suggère au malade de ne plus aimer le tabac et de ne fumer que trois cigarettes par vingt-quatre heures.* Au bout de deux autres séances, c'est-à-dire le sixième jour après le commencement du traitement, je *suggère au malade de ne plus fumer du tout*, et, qui plus est, *de détester absolument le tabac.*

« 30 mars, M. X... vient me trouver et me dit qu'il n'a pas fumé depuis la dernière séance ; il se sent un peu mal à l'aise, il a de fréquents bâillements. Il vient me revoir le 2 avril, et l'on me raconte qu'il a dit dans sa famille qu'il éprouvait maintenant un dégoût inouï pour le tabac. Il lui a été fait trois autres séances d'hypnotisme pour assurer la guérison, qui ne s'était pas démentie lorsque j'eus de ses nouvelles en octobre dernier. »

Sans prétendre que cette suggestion sera plus infaillible

que les médications journellement en usage contre la plupart des maladies, nous sommes convaincu qu'elle donnera de meilleurs résultats que les conseils prodigués jusqu'à présent aux nicotinés.

Nous engageons donc instamment les fumeurs qui désirent s'affranchir de leur esclavage, et les médecins qui sont consultés par des nicotinés désireux de recouvrer la santé, d'avoir recours à l'hypnotisme et à la suggestion. Nous appuyant sur les succès remportés par ce nouveau moyen thérapeutique dans le traitement des alcoolisés, il n'est pas douteux que les résultats seront aussi satisfaisants dans le traitement des victimes du tabac.



UN CAS DE MORPHINOMANIE

GUÉRIE PAR LES INJECTIONS DU PHOSPHATE DE SOUDE AUGMENTÉ PROGRESSIVEMENT ET COMPENSANT LA DIMINUTION ÉGALEMENT PROGRESSIVE DE LA MORPHINE (1),

Par le docteur J. Luys,

Le docteur X... vient volontairement se faire interner dans notre maison de santé, afin de pouvoir suivre un traitement efficace et méthodique contre la maladie dont il est atteint et qu'il ne se sent pas la force de surmonter. Il dit être morphinomane depuis quatre ans. Il a commencé à s'adonner à cette triste passion dans des moments de fatigue qu'explique parfaitement son dur métier de médecin de campagne. Malheureusement, ce qui est d'ailleurs le sort de tous les débutants dans cette voie, les doses relativement minimes ne pouvant plus produire le même effet bienfaisant, il ne tarda point à les augmenter progressivement et, l'habitude et l'accoutumance aidant, il se voit forcé, sous peine de syncopes et de faiblesse extrême, d'employer par jour 45 à 50 centigrammes.

Tout d'abord, nous commençons par lui enlever tous les instruments d'usage qu'il avait apportés, ainsi que plusieurs flacons de solution qu'il avait soigneusement cachés dans sa valise, car si spontané que fût son désir de guérir — la preuve : son internement volontaire — ce genre de malades n'est pas dépourvu d'une certaine défaillance au dernier moment où ils se décident à brûler leurs vaisseaux.

Notre traitement consistait en deux choses : d'une part, à supprimer progressivement la morphine, et, d'autre part, à compenser cette diminution par des injections sous-cutanées de la solution de glycéro-phosphate de soude qui a une action particulière sur le système nerveux, et sur le cerveau une action toute spéciale par le phosphore qu'elle renferme. Nous préparons donc la solution suivante :

Phosphate de soude..................	3 grammes.
Glycérine............................	20 —
Eau stérilisée........................	80 —

(1) *Gazette des hôpitaux*, 1895, p. 19.

Ainsi 3 centigrammes de phosphate par centimètre cube de solution. Nous lui faisons deux piqûres par jour de phosphate. Quant à la morphine, nous baissons le taux de 40 à 30 centigrammes, que nous partageons en trois fois : 10 centigrammes le matin, autant dans l'après-midi et autant le soir.

Le malade paraît bien supporter cette première diminution. Pas de faiblesse à signaler. Le cœur est bon. Les extrémités sont, il est vrai, un peu cyanosées et moites, mais c'est tout. Au bout de quatre jours, nous diminuons la morphine de 5 centigrammes, tout en continuant à faire à notre malade trois injections de morphine par jour. En revanche, vu l'abbattement, nous augmentons le phosphate, que nous administrons trois fois par jour. Et ainsi de suite. Il nous paraît assez inutile d'entrer dans plus de détails. Il suffira de dire qu'au bout de deux mois de traitement, nous sommes arrivé à supprimer complètement la morphine que nous avons complètement remplacée par le phosphate.

Nous nous sommes maintenu ensuite au phosphate seul, pendant une semaine, après quoi nous diminuâmes progressivement le phosphate. Quinze jours plus tard, le malade ne prenait, en fait de médicament, *absolument* rien.

L'abattement et la légère faiblesse, ainsi que le refroidissement des extrémités que nous avons remarqués pendant le traitement, ont fini par disparaître. Le malade est resté dans la maison de santé encore quinze jours, en observation pour ainsi dire. Il est parti absolument guéri de sa passion. Son état moral a changé du tout au tout. Il redevint gai, spirituel, bon compagnon, et d'après son expression à lui, il commença à renaître à la vie.

APHONIE HYSTÉRIQUE

GUÉRISON PAR UNE PULVÉRISATION PHÉNIQUÉE APPUYANT LA SUGGESTION IMPÉRATIVE A L'ÉTAT DE VEILLE.

(Dr H. Goudard.)

L'observation de MM. Fazio et C. Gioffredi, relative à un cas de mutisme hystérique guéri par l'éthérisation, résumée à la page 28 du nº 1 (1895) des *Annales de Psychiatrie*, d'après la *Semaine Médicale* (25 avril 1894), me rappelle un cas analogue que j'ai observé en 1892. Je vais le relater aussi brièvement que possible :

Il s'agit d'une jeune fille devenue aphone à la suite d'une émotion intense : elle avait vu un cheval acheté de la veille, par son père, tué et presque dévoré par son camarade d'écurie. L'aphonie était survenue dès le lendemain au réveil, et persistait depuis sept mois, sans modifications, en dépit de tous les traitements essayés.

Mon diagnostic rapidement établi, en raison des circonstances qui avaient précédé et déterminé l'accident morbide, je signifiai à la jeune fille qu'elle ne sortirait pas de mon cabinet sans avoir recouvré l'usage normal de la parole.

J'essayai d'abord vainement l'application d'un aimant sur le larynx, puis le courant faradique, le tout aidé de suggestions appropriées : rien n'y faisait.

A tout hasard, je pris, sur ma cheminée, un pulvérisateur à main, contenant une solution phéniquée forte et je pulvérisai vivement le liquide dans la bouche ouverte de ma malade. Aussitôt qu'elle sentit le jet liquide, elle se mit à crier : « Monsieur, je parle. »

« C'est bien, dis-je : continuez. » — La guérison était dès lors définitive, et se maintint.

Cette observation, quoique incomplète sous certains rapports, me semble comme document spécial propre à jeter quelque jour sur les faits de guérisons spontanées mériter d'être publiée ; je la crois néanmoins assez suggestive.

Dr H. Goudard.

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères, place Saint-André, 3.
Maison spéciale pour Journaux et Revues.



ANNALES

DE PSYCHIATRIE

ET

D'HYPNOLOGIE

CATALOGUE

D'UNE

COLLECTION DE CERVEAUX MOMIFIÉS

Offerte par M. le Dr LUYS, à la Faculté de Médecine de Paris pour le Musée Dupuytren

RÉDIGÉ

par M. le Dr J. Luys, médecin honoraire des Hôpitaux de Paris, Membre de l'Académie de Médecine,

et M. Natanson, secrétaire de la Rédaction des *Annales de Psychiatrie et d'Hypnologie*.

(*Suite*)

36, 36 bis. Paralysie générale. 32 ans. Femme.

Lobe droit. Face externe. Morphologie normale. Elargissement de la scissure de Rolando, du sillon interpariétal et du sillon parallèle. Elargissement considérable de la scissure de Sylvius mettant le lobe de l'insula à nu. La frontale ascendante amaigrie, sinueuse et bosselée à sa partie supérieure. Pariétale ascendante idem. Le lobe pariétal est déchiqueté en plusieurs îlots. Le pli courbe amaigri. La 2e temporale irrégulière. La 2e frontale sinueuse et irrégulière ; il en est de même de la 3e frontale avec élargissement de son sillon propre.

Lobe gauche. Face interne : Dilatation du ventricule corres-

pondant. Elargissement du sinus du corps calleux. Développement de la scissure calloso marginale.

Face externe : Les deux circonvolutions ascendantes sont amoindries, mais moins altérées que celles de l'autre lobe. L'élargissement de la scissure de Sylvius fait voir comme sur l'autre lobe les circonvolutions de l'insula. La 1re frontale irrégulière, mais peu. La 2e à peu près normale. La 3e frontale forme une anse dont la concavité élargie permet de voir le fond de l'insula. Pli courbe avec des incisures longitudinales, est atrophiée. Le sillon parallèle élargi.

PARALYSIES AGITANTES

37, 37 bis. — Femme, 62 ans. Paralysie agitante progressive.

Lobe droit. Face interne : Morphologie à peu près normale, sauf une légère saillie du paracentral.

Face externe : La frontale ascendante légèrement gonflée à sa partie supérieure, la pariétale ascendante amincie. Lobe pariétal médiocrement développé, le pli courbe et la 1re temporale normaux. La 2e temporale irrégulière. Les frontales, normales.

Lobe gauche. Face interne : Morphologie normale, sauf gonflement et saillie du lobe paracentral.

Face externe : Frontale ascendante sinueuse. La pariétale ascendante gonflée à sa partie supérieure ; amincie à ses extrémités. Le lobe pariétal développé ; rudiment d'une pariétale supplémentaire, pli courbe et 1re temporale, normaux. La 2e temporale, nullement diminuée ; 1re frontale, légèrement atrophiée en avant. La 2e frontale, bifide et irrégulière. La 3e frontale est flexueuse et développée. Les sillons commencent à s'élargir.

38, 38 bis. — Paralysie agitante. Femme, 51 ans.

Lobe droit. Face interne : Morphologie normale, sauf saillie et gonflement du lobe paracentral. Commencement d'élargissement des sillons.

Face externe : Les circonvolutions marginales dans leurs rapports normaux, comme sur le cerveau 137, elles s'anastomosent à leur base. Le pli courbe régulier. La 2e temporale, irrégulière, interrompue par des incisures. La 2e frontale irré-

gulière, sinueuse et gonflée. La 3e frontale irrégulière et gonflée.

Lobe gauche. Face interne : Disposition régulière sauf allongement du lobe paracentral.

Face externe : Les marginales régulières. Pli courbe régulier. La 2e temporale, mieux accentuée que dans l'autre lobe, 1re et 2e frontales régulières. La 3e frontale plus régulière que celle de l'autre lobe. Les deux sillons frontaux sont régulièrement parallèles.

39, 39 bis. — Paralysie agitante. Femme 64 ans.

Lobe droit. Face interne : Morphologie à peu près normale, sauf gonflement du lobe paracentral et élargissement de la scissure calloso-marginale avec sillons profonds du lobe carré.

Face externe : Développement avec gonflement des circonvolutions marginales anastomosées à la base. Le lobe pariétal développé. Le pli courbe est régulier. La 2e temporale sinueuse, pigmentée. La 1re frontale, normale, la 2e irrégulière, pigmentée, la 3e est sinueuse et irrégulière. L'élargissement des sillons commence à se faire sentir au niveau de la scissure de Rolando, perpendiculaire externe et des sillons frontaux.

Lobe gauche. Face interne : Morphologie normale, sauf la saillie et le gonflement du paracentral. Le lobe carré est divisé par deux sillons profonds et verticaux à la surface des hémisphères. Face externe : Les marginales sont très sinueuses. *Rudiment d'une pariétale supplémentaire*. La pariétale supérieure présente des flexuosités multiples. Le pli courbe et la 1re temporale, disposition normale. La 2e temporale, irrégulière et pigmentée. La 1re frontale est pigmentée, une disposition en fossette à sa partie supérieure. La 2e frontale irrégulière, pigmentée et plis de passage avec la 1re. La 3e frontale sinueuse épaisse. D'une manière générale les sillons et les scissures commencent à s'élargir.

40. — Un seul lobe. — Femme 62 ans. Paralysie agitante. Un seul lobe cérébral.

Lobe droit. Face interne : Morphologie à peu près normale, sauf la saillie du paracentral, la dilatation très accentuée des sillons du lobe carré et un commencement de dilatation générale des sillons.

Face externe : Les rolandiques très développées et anastamosées à la base. Le lobe pariétal très notablement constitué.

Le pli courbe régulier, de même que la 1re temporale. La 2e temporale très irrégulière. La 1re frontale légèrement à son point d'origine. La 2e irrégulière, fragmentée et sinueuse. La 3e épaissie sinueuse. Les sillons commencent à s'élargir au niveau de la région frontale.

L'élargissement de la scissure de Sylvius permet de voir les plis de l'insula.

La scissure de Rolando dilatée. Le sillon inter-pariétal dilaté en gouttière.

41, 41 bis. — Atrophie musculaire progressive. Femme, 64 ans.

Lobe droit. Face interne : Circonvolution crétée atrophiée. Lobe carré large incisure. Le lobe paracentral à peu près normal. Au niveau de l'insertion de la pariétale ascendante il y avait (marqué d'une épingle) un crochet fait par la courbure de ce pli.

Face externe : La frontale ascendante flexueuse et médiocrement développée. La pariétale amincie. Le sillon rolandique très élargi. Le lobe pariétal développé normalement. Le pli courbe présente des incisures multiples longitudinales. La 1re temporale bien développée, la 2e accentuée. La 1re frontale régulièrement constituée, la 2e nettement séparée et bifide. La 3e est sinueuse, épaissie, mal dessinée.

Les sillons commencent à s'élargir d'une façon très accentuée au niveau du sillon interpariétal et parallèle. La scissure de Sylvius assez développée pour laisser voir l'insula.

Lobe gauche. Face interne : Morphologie à peu près normale. Le lobe paracentral présente un crochet analogue à celui du lobe précédent. Le lobe carré est séparé par une incisure longitudinale. Le sillon de séparation du cunéus est très notablement élargi.

Face externe : Les deux marginales sont amincies. Crochet de la pariétale à sa partie supérieure. Elargissement du sillon rolandique. Le lobe pariétal, proportions normales. Le pli courbe normal avec quelques incisures longitudinales.

La 1re temporale normale. La 2e temporale mal dessinée, irrégulière. La 1re frontale à peu près normale si ce n'est à son origine. La 2e frontale très irrégulière et segmentée. La 3e frontale présente à sa base une courbe sinueuse et au-dessus d'elle un pli sinueux parallèle qui s'anastamose avec la 2e frontale. Elargissement des sillons. Elargissement au niveau de la scissure de Sylvius qui met à nu les plis de l'insula.

FOLIES PÉRIODIQUES.

Les trois cerveaux qui suivent (42, 43, 44) appartiennent à des sujets féminins de la Salpêtrière. Les renseignements font défaut, au sujet de l'étiologie. Le registre officiel indique seulement l'âge et la forme périodique de la maladie. Ces cerveaux présentent, comme on va le voir, une morphologie très régulière et tout à fait différente des formes appartenant aux sujets atteints d'excitation hallucinatoire que présentent les lésions antérieurement étudiées avec saillie des paracentraux ce qui semble indiquer que cet état morbide n'a pas pour généologie les mêmes conditions anatomiques que les autres.

42, 42 bis. — Femme de 43 ans. Folie périodique.

Lobe droit. Face interne : Morphologie normale des circonvolutions qui semblent très nettement dessinées.

Les deux circonvolutions rolandiques flexueuses et bien développées font une saillie notable.

La frontale ascendante présente en même temps que la pariétale une scissure à sa face supérieure. Le pli courbe est très développé avec des scissures verticales. La 1re temporale amincie à son extrémité postérieure. La 2e temporale fragmentée. La 2e frontale irrégulière et sinueuse. La 3e frontale présente des plis très épais et sinueux. Développement du sillon interpariétal et de la scissure perpendiculaire externe.

Lobe gauche. Face interne : Les plis et les sillons sont normalement constitués.— Face externe les circonvolutions rolandiques normalement constituées. La pariétale ascendante donne naissance à des plis nombreux, flexueux. Le pli courbe présente un amincisssement notable au niveau de son insertion inférieure et une scissure verticale en arrière. La 2e temporale est pigmentée et mal dessinée. La 1re frontale présente une incisure longitudinale antéro-postérieure à sa partie supérieure. La 2e frontale moyennement développée. La 3e frontale fragmentée, anguleuse, fort développée aux dépens de la seconde.

43, 43 bis. — Femme, 45 ans. Folie périodique.

Lobe droit. Face interne : Morphologie normale. Léger élargissement des scissures.

Face externe : La pariétale ascendante est légèrement amincie. Est renflée à la partie supérieure et constitue un lobe pariétal très nettement développé. Le pli courbe présente deux grandes scissures longitudinales.

La 2e temporale plus nettement accentuée que sur l'autre lobe. La frontale ascendante bosselée gonflée à sa partie supérieure. La 1re frontale amincie, présente une scissure longitudinale supérieure. La 2e frontale envoie un prolongement inférieur interposé entre la 3e frontale et la pariétale ascendante. La 3e frontale est épaissie et mal dessinée. L'élargissement des scissures commence à se dessiner dans le sillon de Rolando, et le sillon intérpariétal. La scissure de Sylvius, dilatée, laisse voir le lobe de l'insula.

La partie postérieure du lobe occipital a été artificiellement séparée.

Lobe gauche. Face interne : Morphologie normale.

Face externe : Les circonvolutions rolandiques sont gonflées et très notablement développées. La pariétale ascendante très développée. Elle se termine en donnant naissance à un lobe pariétal médiocrement développé. Le pli courbe régulièrement développé. Pli de passage entre la 1re et la 2e temporale. La 1re temporale régulière. La frontale ascendante bosselée présente à son tiers supérieur une scissure transversale. La 2e frontale flexueuse deux racines à son origine ; la 3e présente une anse curviligne. L'élargissement des sillons commence à pénétrer. Pour le sillon post-rolandique parallèle à la scissure de Rolando élargissement de la scissure de Sylvius qui permet d'apercevoir les circonvolutions de l'insula. — Ces deux lobes traités par le même procédé montrent une inégalité de substance (au point de vue de la masse). Le lobe droit est plus petit que le lobe gauche et il est en même temps plus intéressé par les modifications morphologiques.

44, 44 bis. — Femme, 60 ans. Folie périodique.

Lobe gauche. Face interne : Morphologie normale. Face interne : Les deux circonvolutions rolandiques présentent un grand développement. La pariétale ascendante offre des replis nombreux avec scissure transversale dans son 1/4 inférieur. Elle donne naissance à un lobe pariétal très notablement développé. Le pli courbe présente une exubérance de flexuosités avec deux incisures verticales. La 2e temporale sinueuse fragmentée. La 1re frontale incisure antéro-postérieure qui la divise

en deux parties en arrière (2 points d'insertion sur la frontale ascendante). La 2e frontale divisée en deux. Communique avec la 1re et la 3e frontale.

La 3e frontale à peu près normale.

Lobe droit. Face interne : Morphologie à peu près normale. Développement exubérant du lobe carré.

Face externe : Les circonvolutions marginales très développées. La pariétale ascendante gonflée à sa partie moyenne est effilée à sa partie supérieure et donne naissance à la 1re pariétale très développée. Le pli courbe très épaissi et flexueux. La 1re temporale très large et nettement dessinée. La 2e fragmentée et irrégulière. La frontale ascendante très développée, boursouflée, présente deux branches ; l'une pour le lobe paracentral, l'autre pour la 1re frontale, grande incisure antéro-postérieure qui la partage en deux. La 2e frontale épaissie et pli de passage avec la 1re. La 3e épaissie, flexueuse. On remarquera que sur ce lobe les circonvolutions sont tassées les uns contre les autres et semblent à l'étroit.

Remarque. Nous ferons observer que ces trois cerveaux de folie périodiques présentent des caractères spéciaux qui les différencient des cerveaux d'aliénés proprements dits :

1° Nous avons fait remarquer sur les cerveaux d'aliénés nos 1, 2, 3.... (hallucinés avec excitation) que le développement du lobe paracentral était une lésion fixe, soit unilatérale, soit bilatérale.

On remarquera sur ces trois cerveaux de périodiques que les lobes paracentraux ne sortent pas de l'alignement de la courbe cérébrale supérieure, malgré l'exubérance des circonvolutions rolandiques que l'on retrouve dans chacun de ces échantillons.

2° La morphologie générale du cerveau est assez régulière et ne présente pas les contrastes signalés chez les vrais aliénés (voir cerveau 1, 2, 3..,)

3° Le pli courbe présente un développement très notable.

4° Les scissures, dont l'élargissement implique l'amaigrissement des circonvolutions sont moins développées d'une manière générale que dans les exemples des véritables aliénations que nous avons passés en revue.

HALLUCINATIONS. DÉMENCE.

45, 45 bis.— Malade de clientèle privée.

M. Louis, 70 ans, considéré depuis son enfance comme faible d'esprit, n'ayant jamais pu rien faire et ayant passé toute sa vie à l'état d'homme original parlant seul, marmottant des paroles incompréhensibles, vivant solitaire, poursuivi par des hallucinations incessantes pendant lesquelles il adressait la parole aux arbres en se promenant une partie de la journée, sans parler à personne et faisant force salutations à toutes les personnes qu'il rencontrait. La nuit dormait peu, frappait les meubles. Cet homme était resté étranger à tout ce qui se faisait autour de lui. Il répondait bien aux questions quand il voulait répondre ; son esprit s'était figé aux environs de ce qui se passait en 1830 et, à l'époque de son décès survenu en 1875, il affectait de se vêtir avec les chapeaux et costumes de l'époque en question (manches bouffantes, grand paletot corset, etc..) Il succomba à une maladie accidentelle intercurrente.

Lobe droit. Face interne : morphologie à peu près normale. Le lobe paracentral en saillie. La circonvolution de l'hippocampe très nettement accentuée à partir du lobe occipital. Le sillon calloso-marginal commence à s'élargir. — Face externe. La pariétale ascendante flexueuse. Le pli courbe normal présente une scissure très nette, qui est la prolongation du sillon parallèle. La 1re temporale irrégulière flexueuse. La 2e frontale fragmentée irrégulière. La frontale ascendante gonflée à son 1/3 supérieur, étranglement avant son implantation dans le paracentral. La 1re frontale amincie au promontoire où elle s'insère sur le paracentral. La 2e bifide, flexueuse, fragmentée. Elle communique avec la 3e frontale, par deux plis de passage. La 3e irrégulière, causée dans sa portion médiane par une scissure transversale.

Lobe gauche. Face interne : normale, sauf la saillie dû paracentral. Sillon de séparation avec le lobe carré très nettement accusé. La circonvolution de l'hippocampe très nette depuis son origine jusqu'à sa terminaison. Les sillons sont très nettement accusés. La cavité ventriculaire très apparente par résorption des fibres blanches du corps calleux.

Face externe : La pariétale ascendante très développée. Le pli courbe régulier. Incisure longitudinale sur le prolongement de la scissure de Sylvius et parallèle au sillon temporal

parallèle. Le lobe occipital n'a pas sa disposition normale. La frontale ascendante gonflée à sa partie supérieure. La 1re frontale, régulière, présente à son extrémité postérieure une scissure profonde. La 2e frontale irrégulière ; un fragment supérieur de sa substance va s'insérer directement sur la frontale ascendante, une autre portion d'elle-même divisée en deux portions passe entre la frontale ascendante et la 3e frontale pour s'insérer sur le pied de la frontale ascendante. La 3e frontale est notablement réduite. Elle est constituée comme par une anse, dont l'extrémité supérieure s'insère sur la frontale ascendante comme d'habitude.

En somme, ce cerveau, qui appartient à un demi-fou, original, faible d'esprit, vivant solitaire, présente des irrégularités concordantes dans l'organisation des plis de son cerveau. Il y a un défaut d'harmonie entre toutes les parties. Les marginales, surtout celle du lobe gauche, sont en dehors du type commun. Les circonvolutions frontales sont irrégulièrement constituées. Il est curieux de noter que cet homme, qui ne parlait à personne et donnait quelques réponses monosyllabiques quand on l'interrogeait présente du côté gauche, la 3e frontale mal développée, et du côté droit la 3e frontale atteinte de déformation. Il est bon de noter que l'état granulé que l'on trouve à la surface des circonvolutions tient au mode de préparation et de la peinture.

CERVEAUX DES SOURDS ET DES SOURDS-MUETS.

46, 46 bis. — Ce cerveau est un des plus intéressants de la collection. Il démontre d'une façon typique la localisation des impressions acoustiques par l'atrophie consécutive de certaines régions de l'écorce qui ont cessé de fonctionner.

Il s'agit, en effet, d'une femme morte à 75 ans, et dont la surdité remontait à l'âge de 25 ans. Par conséquent, elle était sourde pendant près de 50 ans. Ce cerveau a été photographié ; on trouvera les photographies dans le journal « l'*Encéphale* », planche XI et XII, p. 647, 1881.

On peut juger du travail atrophique qui s'est opéré dans les régions occipitales en juxtaposant les deux lobes, droit et gauche.

On constate alors une perte de substance très notable au niveau des circonvolutions du coin. Les lésions sont bilaté-

rales. Les racines du nerf acoustique étaient complètement atrophiées.

Lobe droit. Face interne : Rien de bien notable, sauf le développement du lobe paracentral à sa partie supérieure avec amoindrissement et excavation à sa partie inférieure. Le lobe carré, rien de bien notable.

Scissure perpendiculaire interne développée en gouttière avec atrophie du cunéus ratatiné. Hippocampe normal.

Face externe : Circonvolutions marginales normales. Le lobe pariétal peu développé. Le pli courbe normal, de même la 1re temporale. La scissure perpendiculaire externe et le sillon parallèle bien développé.

La 2e temporale à peu près normale. La pariétale ascendante, incisure transversale à son 1/4 inférieur. La 1re frontale présente un sillon antéro-postérieur avec atrophie corticale. 2e frontale, deux racines. La 3e frontale développée épaisse et fragmentée.

Lobe gauche. Face interne : Lobe paracentral, saillie en haut et excavation en bas. Lobe carré plus développé que celui de l'autre lobe. Les sillons assez profonds. Atrophie complète du cunéus et des circonvolutions occipitales ambiantes.

La région temporo-occipitale fragmentée et irrégulière. Scissure perpendiculaire interne très accusée et plus que celle de l'autre lobe.

Face externe : Les deux circonvolutions marginales font saillie, très volumineuses et donnent au cerveau une apparence bombée. La pariétale étranglée à son 1/4 inférieur. Le lobe pariétal peu développé. Pli courbe à peu près normal. 1re temporale fragmentée. La 2e temporale irrégulière et segmentée. 1re frontale. Quelques irrégularités à sa partie supérieure. 2e frontale médiocrement développée. 3e frontale plis épais et peu flexueux. Elargissement du sillon prérolandique.

47, 47 bis. — Le cerveau du sourd-muet ci-joint appartient à un sujet adulte à propos duquel les renseignements manquent. Seulement, on pourra faire des recherches administratives à son sujet. Le malade s'appelait Reymond.

Les deux lobes cérébraux, comme l'on peut juger, ne présentent pas d'atrophie. Ils sont dans les rapports normaux.

Lobe droit. Face interne : Morphologie normale, sauf une légère saillie du lobe paracentral. La circonvolution du coin est très notablement développée.

Face externe : La frontale ascendante se continue avec le

lobe paracentral par deux branches dont la plus antérieure est très atrophiée. La pariétale ascendante peu flexueuse à son extrémité inférieure présente supérieurement des sinuosités qui constituent un lobe pariétal très développé. Pli courbe, circonvolution flexueuse avec incisure. La 2e temporale forme une masse de substance sans systématisation précise. La 1re frontale, incisure antéro-postérieure à sa partie postérieure au moment où elle se joint à la frontale ascendante. La 2e frontale présente une morphologie des plus originales et qui la constitue comme tout à fait extra-physiologique. Elle se divise en deux ; sa partie supérieure représente la forme de la 2e frontale habituelle, sa partie inférieure représente une courbe en anse qui coupe la 3e frontale et se termine à sa partie inférieure. En avant cette deuxième partie présente en outre deux plis parallèles séparés par un sillon et qui n'entrent pas dans la description normale. La 3e frontale est représentée par un moignon rudimentaire qui occupe la concavité de l'anse formée par la 2e frontale.

La scissure rolandique et les sillons commencent à s'élargir.

Lobe gauche. Face interne : Morphologie à peu près normale. Léger gonflement du lobe paracentral. Le cuneus très complet. — Face externe : La pariétale ascendante est divisée par scissure parallèle à sa direction et donne naissance à un lobule pariétal de dimensions habituelles. La 2e temporale présente la même irrégularité que de l'autre côté ; c'est plutôt une région que de véritables plis.

La frontale ascendante flexueuse épaissie à sa base. La 2e frontale irrégulière et analogue à celle du lobe opposé : ce sont des flexuosités fragmentées qui n'ont aucun caractère de l'état normal. Elle envoie un processus qui coupe la continuité de la 3e frontale et deux autres plis parallèles et verticaux qui empiètent aussi sur la continuité de la 3e frontale. Cette dernière est ainsi interrompue dans sa continuité et elle ne présente plus qu'un rudiment antérieur et une anse verticale qui représente le tracé normal de la dite circonvolution.

Au point de vue de la pathologie, l'examen de ces deux cerveaux démontre qu'il s'agit ici d'une disposition originelle qui porte principalement sur les régions qui sont actuellement reconnues comme étant en rapport avec la faculté du langage.

48, 48 bis. — Femme Gillot, 47 ans, sourde-muette. Pas d'autres renseignements.

Lobe droit. Face interne : Morphologie à peu près normale. Légère saillie du lobe paracentral avec isolement de ce dernier. Scissure calloso-marginale, perpendiculaire externe développée, surtout la dernière. Cuneus très apparent. La circonvolution d'hypocampe très bien dessinée.

Face externe : La pariétale ascendante moyennement développée, très amincie à sa partie supérieure. La 1re temporale incisures qui lui donnent l'apparence spiroïde. La 2e temporale irrégulière et rappelant celle des cerveaux précédents. La 2e frontale irrégulière, deux divisions rudimentaires avec plis de passage anormal pour la 3e frontale.

La 3e frontale assez régulière.

Lobe gauche. Face externe. Morphologie à peu près normale. Le lobe paracentral développé. Le lobe carré, incisures profondes. Cuneus normal. La frontale interne, une incisure verticale la coupe. La calcarine et la perpendiculaire interne très développées. — Face externe : le lobe paracentral à peu près régulier. Pli courbe à peu près normal, de même que la 1re temporale. Sillon parallèle très dilaté. Région de la 2e temporale très irrégulière et fragmentée. La frontale ascendante irrégulièrement constituée. Une incisure très nette au point d'abouchement de la 1re frontale. Irrégularités à la partie supérieure de cette circonvolution. La 2e frontale très irrégulière ; elle empiète par une de ses racines sur l'origine orbitaire de la 3e frontale. Celle-ci est réduite à l'état de pli orbitaire dont l'extrémité néanmoins va se jeter dans la frontale ascendante.

49, 49 bis. — Sourde-muette adulte. Le cerveau de cette femme représente au profil un aspect acuminé que nous avons déjà signalé dans le cerveau 46, 46 bis et 48, 48 bis. Cet aspect est dû à la saillie des paracentraux et à l'atrophie des régions de la frontale.

Lobe droit. Face interne : Morphologie à peu près normale, saillie notable du lobe paracentral. Elargissement de la scissure calloso-marginale et de la perpendiculaire interne. — Face externe : Pariétale ascendante très développée gonflée à sa partie moyenne, amincie à sa partie supérieure, constitue un lobule pariétal à peu près normal. 1re temporale, incisures, 2e temporale, nettement dessinée. 1re frontale, bosselures successives. Sillon prérolandique très élargi. 2e frontale, régulière au moment de son insertion sur la frontale ascendante ;

elle se développe aux dépens des éléments de la 1re frontale. La 3e frontale, régulière.

Lobe gauche. Face externe : Pariétale ascendante amincie en bas, a donné naissance à un lobe paracentral mal développé.

Pli courbe émet un processus abondant qui se perd dans le lobe quadrilatère. Plis de passage des régions occipitales avec le lobe carré, 2e temporale, segmentée. Frontale ascendante, irrégulière, amincie dans sa partie moyenne. 1re frontale bien constituée dans sa partie postérieure ; elle est irrégulière dans ses origines qui sont tronquées par le fait du développement exubérant de la 2e. Celle-ci présente, en effet, un développement extra-physiologique. A son origine, la masse qui le constitue est divisée en deux par un sillon antéro-postérieur. La partie supérieure de cette circonvolution irrégulière et gonflée va s'insérer sur la frontale ascendante. La deuxième branche va s'insérer sur la frontale ascendante en coupant la continuité de la 3e frontale, laquelle est rudimentaire et présente un aspect avorté et simple sans flexuosités remarquables.

Ainsi, sur les trois cerveaux des sourds-muets que nous présentons, nous voyons :

1° Que ces cerveaux présentent en général un état morphologique des plis qui ne diffèrent pas notablement des dispositions normales.

2° Les circonvolutions marginales sont en général bien développées.

3° Les plis courbes réguliers avec les lobules pariétaux.

4° Les régions correspondant aux deuxièmes temporales, sauf 49 bis, sont d'une irrégularité indescriptible.

5° C'est principalement dans la disposition des régions des deuxième et troisième frontales qu'on trouve des détails des plus caractéristiques. On voit, en effet, la 2e frontale à gauche ou à droite prendre un développement exubérant et vivre en quelque sorte aux dépens de ses voisines, voir 47, 47 bis.

En outre de cela, la 2e frontale envoie un processus sur la continuité de la 3e frontale, (47 bis, 49), qui interrompent sa continuité et troublent son origine.

Sur le 48, le processus interrupteur est en avant.

Il semble résulter de ce fait que, au point de vue de la localisation du langage articulé avec la 3e frontale, les faits que nous venons de signaler ont une importance que tout le monde pourra apprécier, car il y a à se demander si la 3e frontale

cesse de fonctionner chez les sourds-muets à quoi répond le développement exagéré et compensateur en quelque sorte de la 2e frontale ?

50, 50 bis. — Femme 69 ans. Aphasique, ayant eu déjà plusieurs attaques d'apoplexie. Est amenée à l'infirmerie sans parole et répondant à toutes les interrogations : « li-li ». Paraissait intelligente et comprenait ce qu'on lui disait. Restée 3 mois stationnaire.

Lobe droit. Face interne : Morphologie à peu près normale. Face externe : Pariétale ascendante très effilée supérieurement. Lobe pariétal très bien fourni. Pli courbe détruit dans sa partie inférieure par un vaste foyer de ramollissement. 1re temporale persiste en partie. La 2e irrégulière et fragmentée. Frontale ascendante assez régulière, 1re frontale trait d'union et plis de passage avec la 2e frontale. Sillon frontal supérieur interrompu. La 2e frontale scissure verticale qui la partage en deux portions, flexuosités insolites, développement considérable au détriment de la 3e frontale qui est rudimentaire.

Lobe gauche. Face interne : Morphologie à peu près normale. Cunéus légèrement atrophié. Lobe carré, incisures profondes disposées en X. Elargissement de la scissure perpendiculaire interne.

Face externe : Pariétale ascendante flexueuse supérieurement se confond avec le lobe paracentral et le lobe quadrilatère. Elle émet un processus latéral qui donne naissance à un lobule pariétal bien constitué. Légère atrophie de la région occipitale, 1re frontale régulière. La 2e temporale irrégulière et formée de plis enchevêtrés. La frontale ascendante sinueuse. Au niveau du sillon de Rolando elle est séparée de sa congénère par un vaste foyer de ramollissement qui occupe la partie inférieure de la scissure de Rolando.

Remarque. Le cerveau n'a pas été ouvert à dessein pour montrer cette perte de substance qui doit occuper une grande portion du *corps strié*. La malade était hémiplégique *à droite*, avec impotence complète à se mouvoir.

51, 51 bis.— Femme 65 ans. Aphasique. Balbutiant à peine quelques mots. Hébétude mentale.

Lobe droit. Face interne : La morphologie à peu près normale, sauf la masse cérébrale qui commence à se creuser de sillons anfractueux : noter la calloso-marginale, autour du lobe

paracentral, dans le lobe quadrilatère, la scissure perpendiculaire interne. — Face externe : La pariétale ascendante flexueuse forme à sa partie supérieure le lobe pariétal. Pli courbe et 1re temporale réguliers. 2e Temporale segmentée sans description impossible. La frontale ascendante très irrégulière, interrompue dans sa continuité à son 1/3 inférieur par une incisure plus profonde supérieurement. La 2e frontale, séparée par le 1er sillon frontal net est à peu près régulière. Elle s'insère par son extrémité postérieure bifide sur la frontale ascendante. La 3e frontale, origine mal dessinée.

Lobe gauche. Face interne : Même chose que pour l'autre lobe. — Face externe : Pariétale ascendante flexueuse, irrégulière dans sa continuité donne naissance à quelques replis du lobule pariétal. Le pli courbe, atrophié à sa partie antérieure par *un foyer de ramollissement.* La 1re temporale, atrophiée, et interrompue dans sa continuité. La 2e temporale pigmentée.

La 1re frontale constituée par une série de flexuosités anastomosées avec la 2e frontale, très ample et développée, (1re) ; le 1er sillon frontal interrompu. La 2e frontale, très irrégulière, fragmentée à sa partie moyenne par une scissure très profonde et verticale.

La 3e *frontale complètement détruite* par un foyer de ramollissement, surtout dans sa portion postérieure, au moment où elle s'insère sur la frontale ascendante.

Remarque. Il faut noter ici la netteté de la lésion de la 3e frontale avec une lésion concomitante de la 1re temporale et du pli courbe.

52, 52 bis.—Homme aphasique *non gaucher* et dont la lésion occupe particulièrement le lobe droit.

Foyer de ramollissement ayant coupé la 3e frontale droite. La 3e frontale gauche est respectée. On trouvera la description de ce cerveau avec planche dans le journal la *Revue d'Hypnologie*, 1890, page 135 (1).

L'histoire pathologique de ce malade est rapportée dans cet article.

53, 53 bis.—Hémiplégie émotive. Lésion destructive d'une portion du lobe *droit.* Femme de 62 ans, hémiplégique, prise

(1) Chez Carré, éditeur. Faits tendant à démontrer que le lobe droit joue un rôle dans l'expression du langage articulé, par J. Luys.

d'accès émotifs répétés avec pleurs chaque fois qu'on l'abordait (1).

Lobe gauche. Face interne : morphologie à peu près normale, sauf une notable saillie du lobe paracentral. Atrophie du lobe quadrilatère à sa partie supérieure.

Face externe : Pariétale ascendante renflée à sa partie supérieure au moment où elle donne naissance à quelques plis du lobule pariétal. 2e Temporale irrégulière indescriptible. 1re frontale se gonfle pour former le lobe paracentral à sa partie supérieure, 1re frontale divisée par une scissure ; la 2e frontale légèrement flexueuse, mais régulière, sillon post-rolandique élargi supérieurement.

La 3e frontale, bien dessinée.

Lobe droit. Face interne : morphologie normale, sauf une saillie et gonflement du lobe paracentral.

Face externe : Vaste *foyer de ramollissement* occupant la partie moyenne de la face externe du cerveau.

Destruction du 1/4 inférieur de la pariétale ascendante et dans sa partie supérieure, lobe pariétal flexueux. Destruction complète de toute la fraction antérieure du pli courbe et de la 1re temporale dont il ne reste plus que l'extrémité inférieure. La portion postérieure du pli courbe et les circonvolutions occipitales afférentes sont respectées. La 2e temporale est pareillement atteinte dans sa partie supérieure. La frontale ascendante, ainsi que la pariétale ascendante, sont désorganisées dans leur 1/4 inférieur. Elles sont intactes dans leur partie supérieure et constituent bien le lobe paracentral. La 1re frontale — sillon peu profond. La 2e frontale offre des incisures sur sa continuité ; elle est à peu près irrégulière. La 3e frontale respectée dans ses origines a sa moitié antérieure complètement détruite :

54, 54 bis. — Ce cerveau appartient à une femme hystérique hypnotisable, morte dans mon service, à la Charité, et dont on retrouvera la reproduction photographique dans nos leçons publiées à la Charité. Nous croyons que c'est le seul cerveau d'un sujet hypnotique dont on ait fait l'examen (2).

Le point saillant sur lequel nous appelons l'attention est le pli qui apparaît à la partie supérieure du sillon de Rolando du lobe droit et qui sépare comme un coin la frontale

(1) Voir journal : l'*Encéphale*, 1881, page 378 et planche VII.
(2) Luys. Leçons cliniques sur l'hypnotisme, planche XII et XIII. Chez Carré, éditeur, 1890.

ascendante de sa congénère la pariétale. Cette disposition doit être très rare, car on ne la retrouve pas une seule fois sur les cerveaux présents.

Le *lobe gauche* présente, dans la constitution de sa frontale ascendante, de la pariétale du lobule pariétal correspondant un développement hypertrophique très remarquable.

55. — Lobe isolé. *Lobe gauche* d'une femme de 70 ans, hémiplégique atteinte d'aphasie.

Face interne : morphologie à peu près normale. Elargissement de la scissure perpendiculaire interne. Face externe : *pariétale ascendante détruite* à sa partie inférieure par un ramollissement occupant la région de l'insula. Le lobe paracentral bien développé. Pli courbe respecté dans sa portion postérieure ; sa portion antérieure est amincie. La 1re temporale ne se présente plus que sous forme d'un prolongement séroforme. La 2e est respectée et irrégulière. La frontale ascendante détruite à sa partie inférieure. La 1re frontale à peu près régulière. La 2e incisure la divise en deux. La 3e frontale très endommagée par la lésion, à sa partie postérieure surtout, et se présente encore sous forme de quelques détritus.

TROUBLES DE LA VISION.

56, 56 bis. — Cerveau d'une femme borgne de l'œil droit, morte à 75 ans. A perdu son œil droit à 25 ans, aux suites de la variole. Le globe de l'œil était atrophié. L'orbite présentait une cavité en retrait. La vue était conservée du côté opposé.

A *l'autopsie* le lobe gauche pesait 430 gr., le droit 420. Atrophie du nerf optique droit grisâtre jusqu'au chiasma ; au delà la bandelette optique intéressée est légèrement atrophiée, mais blanchâtre ; elle est mollasse, les quadrijumeaux ne présentent pas d'atrophies notables. On constate à l'état frais des érosions notables à la surface des circonvolutions frontales gauches. Les couches optiques n'offrent pas de déformations notables.

Lobe droit. Face interne : Morphologie normale. Face externe : Pariétale ascendante flexueuse, renflée à son extrémité supérieure. Le lobule pariétal régulier. Pli courbe régulier, mais plus développé dans sa portion antérieure. La 1re temporale bien développée. Sillons qui lui donnent une apparence

spiroïde. La 2e temporale est nettement délimitée. La frontale ascendante incisure horizontale au niveau de son 1/3 supérieur. La 1re frontale incisure antéro-postérieure elle est segmentée à la partie inférieure. 2e frontale très flexueuse, plis de passage avec la première. Divisée en deux portions : antérieure, subdivisée en deux, dont l'une s'anastomose avec la 1re et l'autre avec la 3e frontale. La 3e frontale forme une anse qui est envahie par les processus de la 2e frontale qui la masquent en partie.

Lobe gauche. Face interne : Elargissement de la cavité ventriculaire. Atrophie de la portion postérieure du corps calleux. L'hippocampe est bien développée. — Face externe. Pariétale ascendante effilée à son extrémité. Pli courbe interrompu par une scissure profonde cruciforme. Une autre scissure avec atrophie se fait remarquer dans la portion curviligne de la partie moyenne de sa courbe. La 1re temporale — dépression avec incisure transversale au moment où elle quitte le pli courbe. 2e temporale à peu près régulière. Sillon temporal supérieur incomplètement creusé. 1re frontale fragmentée à sa portion antérieure. 2e frontale irrégulière, même disposition que sur l'autre lobe, très développées. Elles constituent à elles seules presque tout le lobe frontal, la deuxième anticipe sur la continuité de la 3e frontale qui se présente sous une forme d'anse. Rien à signaler au sujet du lobe orbitaire dans les 2 lobes.

Les cerveaux inscrits sous les nos 57, 57 bis, jusqu'à 64, 64 bis, appartiennent à des femmes âgées, mortes à la Salpêtrière, atteintes de cécité sans aucun autre détail. J'ai conservé ces cerveaux par les procédés usuels sans avoir noté jusqu'ici des caractères spéciaux afférents à la perte de la vision.

Le no **57, 57 bis** est désigné dans mes notes sous la dénomination de femme vierge et aveugle.

Les nos **58, 58 bis** ; **59, 59 bis** ; **60, 60 bis** ne présentent aucune désignation spéciale que le mot cécité.

Le no **60, 61 bis** est indiqué comme borgne de l'œil droit.

Le no **62, 62 bis** est désigné do borgne de l'œil droit.

Le no **63,** lobe unique, est désigné comme aveugle depuis 15 ans.

La no **64, 64 bis** est désigné comme cerveau d'aveugle.

(*A suivre.*)



LE PROCÈS CZYNSKI

M. le Dr L. Jankau (de Munich), Rédacteur en chef de la *Revue internationale de Photographie médicale*, nous adresse le compte rendu du Procès Czynski, qui a eu un grand retentissement en Allemagne et qui est intéressant en ce qu'il éclaire le côté médico-légal de l'Hypnotisme pour que nous nous fassions le plaisir d'en donner la primeur à nos lecteurs.

Czynski est cet équivoque personnage qui avait été traduit devant les tribunaux allemands sous l'inculpation de séduction de la demoiselle Hegvige,de Zedlitz. L'accusation prétendait que l'inculpé, après avoir hypnotisé la jeune femme, avait profité de son état passif pour commettre le crime. Czynski, comme il ressort de l'instruction judiciaire n'est pas médecin. Il aurait seulement suivi, pendant un certain temps, les cours et les manipulations pratiques de l'hypnotisme chez les Docteurs Charcot et Luys à la Salpêtrière et à la Charité, ce qui lui avait permis d'acquérir les notions élémentaires pour faire quelques expériences et évoquer les phases de l'Hypnotisme. Mais l'audace aidant, il s'établit néanmoins à Dresde, où il s'occupa activement de l'hypnothérapie. C'est là, d'ailleurs, qu'il fit connaissance de Mlle de Zedlitz, qui vint le consulter, comme tant d'autres malades, pour des maux de tête rebelles à tout traitement. Ceci se passa en octobre 1893.

Nous ne savons pas si le traitement fut couronné de succès, — toujours est-il que les deux jeunes gens se sont beaucoup plu, et une certaine intimité ne tarda point à s'établir entre eux. On parlait même du mariage, qui n'a pas pu aboutir pour la bonne raison que Czynski était déjà marié.

C'est en janvier 1894 que Czynski abusa de la confiance de sa fiancée et fut arrêté peu après (1).

Les médecins-experts, tous neurologistes, sont invités à se prononcer, en se basant sur différents détails que nous ne pouvons pas reproduire ici, si Czynski avait possédé Mlle de Zedlitz avec son consentement ou si celle-ci s'était prêtée, grâce à un acte de suggestion de la part de l'inculpé. Ceci est sans contredit le point culminant du procès. Or, comme il appert de l'instruction, après l'arrestation de Czynski, Mlle de Zedlitz soute-

(1) L'auteur ne nous dit pas sur quelle dénonciation Czynski avait été arrêté. Ceci nous paraît, pourtant, au point de vue judiciaire, de la première importance. (*Note du Réd.*)

nait qu'elle aimait cet homme. Est-ce l'amour normal, est-ce un sentiment imposé grâce à la suggestion ? Ici nous tombons en plein dans le paradoxe, et la question se trouve absolument déplacée, car elle relève de la Psychologie générale et de la conception toute psychologique de l'Amour. Or, qu'est-ce l'amour si ce n'est une question de suggestion involontaire qu'on inspire à la personne éprise, sans que pour cela cette chose alarme les tribunaux et les gardiens de la morale publique ?

On a assez écrit là-dessus de tout temps pour que nous osions en dire davantage.

Mais écoutons un peu les dépositions.

Le Professeur Grashey (de Munich) dit à peu près ceci :

« L'amour de Mlle de Zedlitz pour Czynski n'est pas nor-
« mal, car il résulte d'une suggestion. Il est acquis d'autre
« part que Mlle de Zedlitz est une personne dévote s'étant
« mise dans la tête de sauver l'âme de Czynski. Reste donc à
« se demander comment elle eût pu mêler à ses hautes con-
« ceptions spiritualistes des désirs charnels. Donc — conclut
« M. Grashey — la séduction de Mlle de Zedlitz ne peut être
« autre chose que la subordination de la volonté de Mlle de
« Zedlitz à celle de son séducteur. »

Le Professeur Hirt n'est pas de l'avis de son confrère. Il n'admet pas que la suggestion puisse s'exercer chez un individu d'une façon permanente et durable. Pour lui, Mlle de Zedlitz s'était tout simplement amourachée de Czynski : c'était l'amoureuse chaste et *faible* à la fois, à la manière de Marguerite de Faust, qui n'a pas pu refuser à son amant le suprême gage de l'amour.

Le D[r] de Schrenk-Notzing, notre distingué confrère des *Annales de l'Hypnotisme de Berlin*, cite plusieurs observations personnelles et empruntées à ses amis français les D[rs] Delbœuf, Gilles de la Tourette et arrive finalement à cette conclusion que Mlle de Zedlitz est une hystérique fantasque et extravagante comme elles le sont toutes, qui après avoir accordé des faveurs à leurs amoureux, les accusent d'avoir abusé d'elles. En ce qui concerne ce cas particulier, Mlle de Zedlitz est une de ces personnes. Quant à Czynski, c'est le criminel psychologique, en d'autres termes, l'homme sans scrupules qui, en présence d'une pareille aubaine, n'hésite pas longtemps. En sorte que si son acte à lui est un sujet de dépravation morale, il n'est pas suffisant pour entraîner sa condamtion.

Le Prof. Preger se range de l'avis précédent. Il conclut en riant et dit que le coup d'œil dans certains moments psychologiques est d'un effet « suggestif ». Il exprime l'espoir que la Psychologie médicale y trouvera peut-être un intéressant sujet d'étude.

Le Jury apporte un verdict d'acquittement.

L. Jankau.

DES TROUBLES D'ESPRIT

DÉVELOPPÉS A L'OCCASION DES FIANCIALLES

Par le Dr Geo. H. Savage, de l'asile royal de Bethlem

(Traduit de l'anglais par le Dr Victor Parant) (1)

Il m'est souvent arrivé d'être consulté pour des personnes de l'un ou l'autre sexe, chez qui les fiançailles avaient coïncidé avec l'explosion de troubles d'esprit bien marqués. Cette coïncidence me paraît digne d'attention et j'ai cru devoir faire connaître ici le résultat de mes observations à son sujet.

Les troubles d'esprit dont je parle sont communs, et ils ont les uns avec les autres assez de points de ressemblance pour qu'on puisse les grouper ensemble. Ils sont très variables dans leurs manifestations. Le plus souvent ils ne sont que l'exagération de sentiments qui n'ont en eux-mêmes absolument rien d'anormal. Les formes les plus légères se rencontrent chez des personnes qui, pour le reste, sont bien saines ; j'ajouterai d'ailleurs que j'en suis presque venu à croire que la majeure partie des gens, avant leur mariage, passent par ces formes légères de trouble moral. Cela est assurément naturel et facile à comprendre, si l'on veut bien considérer que, dans les mesures de réserve qui sont imposées par les habitudes de la vie civilisée, les fonctions sexuelles ne peuvent librement s'exercer au moment même où cependant elles sont stimulées, ainsi que les sentiments affectifs, pour les habitudes de douce intimité, d'aimables prévenances et de familiarité qui s'établissent entre les fiancés.

Ce qui contribue encore à provoquer alors le trouble men-

(1) Extrait du Journal l'*Encéphale*, 1888.

tal, c'est la concentration des sentiments et des émotions vers les organes de la reproduction ; concentration qui, en majeure partie, est tout à fait inconsciente, et qui peut réagir même sur les personnes les plus chastes ; c'est ainsi que le simple contact de son fiancé, un simple serrement de mains, amoureusement fait, produit chez la jeune fille pure des sensations nouvelles et troublantes. J'ai vu de telles impressions faire naître une sorte d'affaiblissement moral ou même des idées déshonnêtes. Je sais telle jeune fille qui se prit d'aversion contre son futur mari, à cause des sensations voluptueuses que les attentions de celui-ci lui faisaient éprouver ; elle considérait que ces sensations étaient indignes d'elle et qu'il était inconvenant à lui de les causer. Elle s'imaginait, en fait, qu'il cherchait à la dégrader en stimulant en elle les instincts les plus bas.

Quant à l'homme, bien qu'il soit rarement chaste, il peut lui arriver cependant d'observer la continence à tout le moins pendant le temps des fiançailles, et d'arriver ainsi à une excitation génitale marquée qui ne trouve pas à se calmer ; il peut en résulter, d'une part, des pertes séminales, et, par suites, des craintes d'impuissance ; d'autre part, une sorte de trouble émotif un peu assimilable à l'hystérie de la femme. Je compare ordinairement ce dernier état à la dyspepsie et je l'appelle *dyspepsie morale*.

Dans bien des cas, il se fait ainsi comme une accumulation de désirs et de besoins qui, par défaut d'assouvissement, suffisent à produire dans les sentiments et les émotions la dyspepsie dont je parle. Le trouble qui en résulte est normal et peut être transitoire ; mais aussi le désordre émotif peut persister, il peut aller jusqu'à mettre l'individu sur un terrain tout à fait morbide, et provoquer finalement un dérangement véritable dans ses facultés affectives ou dans ses facultés intellectuelles.

C'est ce dérangement dont il nous faut maintenant déterminer la nature et que nous devons étudier plus complètement dans la manière dont il se développe.

L'état morbide dont il s'agit est assez commun chez les jeunes gens. On le trouve aussi bien chez ceux qui ont des habitudes d'onanisme que chez ceux qui observent absolument la continence. Quelques auteurs croient qu'il n'est qu'un des aspects de la folie d'onanisme ; mais je suis certain de l'avoir observé chez des individus étrangers à ce vice et dont la continence était parfaite.

D'après mon expérience, il est très commun chez ceux qui se sont abstenus antérieurement de tout rapport sexuel.

A l'instar d'un grand nombre de névroses légères, il est très fréquent chez les membres des familles névropathes. Il est également fréquent chez des personnes qui, antérieurement, ont eu des atteintes de troubles nerveux, d'hystérie, par exemple. Je ne l'ai jamais rencontré chez des personnes en état de veuvage.

On peut le rencontrer chez de très jeunes personnes, mais, à mon avis, il s'observe plus communément chez des personnes de trente ans et au delà.

Il peut se reproduire plusieurs fois, dans des circonstances semblables, chez une même personne. Ainsi j'ai connu un jeune homme, qui, fiancé une première fois, ne fut guéri que par la rupture des projets de mariage ; ayant appris que l'objet de son premier amour venait de se marier, il tomba de nouveau malade, quoique à un moindre degré, et il redevint malade au moment de nouvelles fiançailles avec une autre demoiselle.

La maladie peut avoir un début on subit ou graduel. Elle peut, comme je l'ai dit tout à l'heure, se borner à un simple trouble émotif, ou dégénérer en un trouble mental plus ou moins grave, avec idées délirantes et autres phénomènes analogues. En règle générale, les symptômes sont d'ordre mélancolique. Il y a concentration exagérée de l'individu sur lui-même, et quelquefois des tendances au suicide.

La manière habituelle dont les faits évoluent est la suivante :

Un jeune homme de réputation bonne et de conduite irréprochable se trouve engagé par promesse de mariage envers une jeune fillle qui, elle-même, est une parti très convenable. Pendant quelque temps, la liaison et le développement d'un amour véritable semblent marcher d'une manière satisfaisante. Mais voilà que les amis du jeune homme observent en lui une certaine irritabilité ; on voit que, quoiqu'il accomplisse parfaitement bien les devoirs de sa situation, sa vie semble mal remplie ; il est toujours ennuyé et se fatigue aisément. Alors il tombe dans la tristesse, s'émeut de la moindre chose, se plaint de pesanteur ou de douleur dans la tête, et est incapable de s'appliquer à quoi que ce soit. A ce moment, et quelquefois même plus tôt, son sommeil est troublé par des rêves, et devient insuffisant de telle sorte qu'il en arrive à redouter l'approche de la nuit, non seulement à cause du défaut de som-

meil, mais parce qu'elle fait naitre en lui toutes sortes de pensées pénibles.

En cet état, le malade a presque toujours soin de recourir à des agents sédatifs, parmi lesquels le chloral n'est nullement le plus usité. Le sommeil ainsi produit donne rarement de bons résultats, et n'empêche pas les malades de tomber dans un épuisement nerveux de plus en plus marqué. Alors aussi il y a presque toujours de la dyspepsie stomacale, de la constipation ; l'anémie survient avec rapidité. Le teint jaunit : les yeux sont cernés. La distraction ou l'absence donnent une amélioration momentanée. Mais le retour dans le même milieu, et la reprise des relations anciennes amènent promptement une rechute.

C'est au milieu de ces diverses circonstances que le jeune homme rompt les engagements pris. Souvent il le fait d'une manière outrageante ; il semble vouloir agir de façon à rendre tout retour, tout raccommodement impossible, et c'est ainsi que la rupture amène la famille outragée à porter ses griefs et ses réclamations devant les tribunaux.

La maladie peut s'améliorer ; mais elle peut encore pousser plus loin le malade, jusqu'à un état de désespoir au milieu duquel surgissent des idées de suicide. Les symptômes principaux que l'on observe alors sont la perte des sentiments affectifs, l'insomnie et l'incapacité absolue de s'adonner à aucun travail. Chez quelques-uns il survient des accidents émotifs, des attaques hystériformes, où le malade est porté à dire des injures et à tenir des propos inconvenants.

Il peut arriver que la conduite de la fiancée fasse naître un sentiment qui semble contradictoire, celui de la jalousie, lequel peut amener les dangers d'une tentative homicide. Bien que la rupture des engagements ne puisse plus en elle-même être alors d'aucune efficacité, cependant il est préférable, au point de vue du traitement, de la conseiller, à tout le moins pour quelque temps. Car, de même que la faim peut momentanément améliorer, ou peut même guérir la dyspepsie, de même aussi le trouble moral dont nous nous occupons peut rencontrer son amélioration ou sa guérison dans l'éloignement des causes qui l'ont produit. Laisser recourir alors à des amours illicites, n'est pas sage, tant au point de vue moral qu'au point de vue médical. La satisfaction de l'appétit trompe l'estomac porté à l'indigestion, mais entraîne à sa suite une aggravation du malaise antérieur ; la satisfaction des besoins sexuels augmente l'affaiblissement et le désordre des fonc-

tions, et aboutit à une dépression plus grande, à la fois morale et physique.

Le meilleur traitement à suivre, c'est la séparation, le changement de milieu, au moins pendant trois mois, et mieux en général pendant six. Je ne connais aucun trouble mental qui retire un plus grand bénéfice que celui-ci des voyages en mer.

Si les engagements sont renoués après la guérison, il faut abréger le plus possible les délais du mariage.

On ne doit jamais conseiller le mariage comme étant en lui-même un moyen de traitement ; car on se trouve en présence d'un double risque, celui de l'impuissance génitale, ou celui du développement d'une forte antipathie, contre laquelle ultérieurement rien ne peut réagir. Il ne faut jamais perdre de vue que le sentiment d'impuissance entraîne souvent après lui le danger des tentatives de suicide.

J'ai vu chez quelques hommes cette propension au suicide se développer dans des conditions où de vulgaires appétits sexuels faisaient place au développement d'un amour pur et véritable. Chez de francs viveurs, cela peut fort bien se produire ; voyant se transformer leur sensualité habituelle en un sentiment purement idéal, ils en viennent à croire qu'ils ont perdu leurs aptitudes génitales, ils craignent l'impuissance, ils sont pris d'inquiétude, et par crainte d'être épuisés, usés, ils peuvent mettre fin à leurs jours.

Les troubles dont il vient d'être question, envisagés chez la femme, sont analogues, mais ils ont des aspects féminins.

Prenons une jeune fille qui vient d'être promise en mariage. En recevant les caresses de son fiancé, elle se sent troublée, elle éprouve des impressions particulières, une émotion qu'elle croit n'être pas chaste, émotion qui est en opposition directe avec ses rêves d'amour idéal, alors que ceux-ci sont absolument différents de l'amour matériel. Elle commence à craindre que ce qu'elle éprouve ne soit pas de l'amour véritable, mais que ce soit un sentiment bas, indigne de l'objet auquel elle s'est attachée. Dès lors elle se met à analyser ses impressions ; elle est prise d'inquiétude ; elle perd le sommeil. Après un certain temps de lutte, elle provoque la rupture des engagements sous un prétexte plus ou moins mauvais, et mauvais en effet, car le fiancé n'arrive pas à croire que le « défaut d'affection » soit la véritable excuse ; il est convaincu, au contraire, qu'il s'agit de toute autre cause, l'amour d'un homme, ou des bruits fâcheux sur son propre compte. La

rupture peut, chez la femme aussi bien que chez l'homme, amener des soulagements et lui donner la conviction momentanée qu'elle était dans le vrai et qu'elle était réellement incapable d'aimer son fiancé. Les troubles physiques éprouvés à cette époque peuvent comprendre des troubles menstruels, métrorrhagie ou aménorrhée. Les autres désordres sont la dyspepsie, la constipation, l'anémie et la chlorose.

A la suite de tout cela il peut survenir un état de mélancolie véritable ; la malade conçoit l'idée que sa conduite passée doit faire peser sur elle des soupçons graves ; elle s'imagine qu'elle a dù réduire son fiancé au désespoir, et que rien ne peut empêcher pour lui un malheur. Dans de telles dispositions surviennent des tendances au suicide, et cela surtout si la mélancolie affecte le type religieux.

Il arrive souvent que, par suite d'une erreur formelle, les malades de ce genre sont traitées comme si elles étaient purement hystériques et comme s'il leur suffisait d'exercer un peu d'empire sur elles-mêmes pour obtenir la guérison.

Dans d'autres cas, on a supposé que le seul traitement de cette soi disant hystérie était le mariage. J'ai observé plusieurs faits où il en avait été ainsi. Je puis en rapporter un notamment, où les amis de la fiancée commencèrent par suggérer au jeune homme d'éviter toute visite pendant quelques semaines, bien que les engagements fussent maintenus et que même le contrat de mariage fût passé dans l'intervalle. Puis le mariage fut célébré, la cérémonie religieuse fut accomplie ; mais pour en arriver là, pour pouvoir conduire la jeune fille à l'église, il fallut la soumettre à l'influence d'excitants. Les jeunes époux commencèrent alors leur lune de miel, mais dans quelles conditions ! la femme ne voulut accepter aucunement les approches du mari, et elle ne consentit même pas à partager son lit ; elle se coucha ailleurs, toute vêtue.

Rien ne put la convaincre qu'elle avait des devoirs nouveaux à remplir, et le lendemain il fallut la renvoyer chez sa mère. Sa maladie tourna plus franchement à la mélancolie, et finalement son mari intenta, en nullité de mariage, un procès pour lequel il eut gain de cause. Dans un autre cas semblable, la jeune femme refusa également de recevoir son mari, et après plusieurs jours de vie commune insupportable et malheureuse, ils durent se séparer. La femme tomba dans un état de lypémanie tel qu'il fallut l'interner dans un asile. La lypémanie fit place à un état d'agitation maniaque, à forme érotique, au cours duquel le mariage fut consommé. L'agitation disparut,

mais néanmoins il se passa un temps fort long avant que l'intelligence n'eût recouvré la plénitude de ses facultés. Ici encore il y eut instance en nullité de mariage, mais sans succès; le tribunal jugea comme il était arrivé dans le cas fameux d'un gentilhomme qui avait consommé le mariage en dépit de la grande répugnance et des résistances de sa femme. Dans tous les cas que j'ai observés, les femmes qui avant leur mariage présentaient le trouble moral dont nous nous occupons avaient résisté à l'accomplissement de l'acte conjugal, et de graves dangers peuvent suivre cet accomplissement, surtout s'il est obtenu par la violence. Dans plusieurs cas il est survenu de la lypémanie aiguë avec démence ultérieure. Mais alors même qu'il n'en serait pas ainsi, on pourrait voir naître entre les époux une antipathie persistante et de la nature la plus regrettable.

J'ai eu récemment occasion de voir une demoiselle qui après ses fiançailles, fut prise d'inquiétude et s'imagina qu'elle devait être impropre à la vie conjugale. On lui conseilla soit d'ajourner le mariage, soit de se marier sans retard. Ses amis la décidèrent à ce dernier parti. Mais au retour du voyage de noce le mari n'était nullement satisfait et se plaignait amèrement de la vie insupportable qu'il avait menée au temps de la lune de miel. Dès ce moment, en effet, sa femme s'était prise d'aversion pour lui. Ainsi l'expérience avait mal tourné et le mariage indiqué comme moyen de guérison n'avait pas eu de bons résultats; il avait uniquement produit des maux nouveaux qui avaient fait sombrer le bonheur de deux existences.

A propos des faits dont il est ici question, je mentionnerai des cas que j'ai eu l'occasion de rencontrer assez souvent. Ils concernent des hommes chez qui l'idée de leur impuissance était venue d'une impression pénible ou de quelque découverte sans grande importance qu'ils avaient faite relativement à l'âge ou à l'état physique de leur nouvelle épouse. J'en ai vu ainsi qui, ayant découvert qu'elle portait des faux cheveux ou avait des dents artificielles, avaient conçu contre leur femme une répulsion qui les rendait impuissants. Des difficultés, quelques douleurs éprouvées dans les premières relations conjugales, amènent le même résultat, et peuvent aboutir à une mélancolie profonde et à de redoutables idées de suicide.

Tel drame qu'on voit s'accomplir inopinément après un mariage peut souvent provenir des mêmes causes, de ce même ébranlement dans les impressions morales que l'on voit aboutir, plus ou moins lentement, à un état de véritable exaltation.

Les romanciers ont souvent parlé de ces troubles intellectuels qui proviennent du désordre des impressions ou de la perte des sentiments affectifs. Les jeunes femmes éprouvent que le développement d'une passion romanesque n'a point l'éclat d'une vive et prompte étincelle, mais qu'il se trouve mêlé aux sentiments d'une sorte de répugnance à la vue et à l'approche de l'époux aimé. Elles ne comprennent pas que tout plaisir, même le plus grand, est mêlé de peine ; elles se trompent sur les impressions que leur donne la passion satisfaite ; elles arrivent à cette conviction qu'elles sont blâmables des besoins naturels qu'elles éprouvent, et c'est ainsi que survient une maladie dont personne ne peut d'avance prévoir et calculer les conséquences.

Mais j'en ai dit assez sur ce sujet et, si grand que soit son intérêt, je m'arrête. En terminant, j'insiste sur ces particularités, que les troubles intellectuels dont il vient d'être question sont communs chez les personnes des deux sexes, qu'ils peuvent conduire à toutes sortes de difficultés sociales, et même à des procès, par suite notamment de la rupture de promesses de mariage. Ils peuvent pousser au suicide, et provoquer le développement d'une lypémanie grave, dangereuse et fort inquiétante. Mais je crois cependant que le mal est éminemment curable s'il est traité de bonne manière.

(*Journal of mental sciences*, octobre 1888.)

DE L'INFLUENCE RAYONNANTE
DE CERTAINES INDIVIDUALITÉS

Un suggestionneur Russe.

L'hypnotisme et ses applications thérapeutiques, mises en lumière pendant ces dernières années, ne datent pas pour ainsi dire d'hier seulement. En remontant aux temps les plus reculés de l'histoire humaine, nous trouvons des faits qui comportent une interprétation toute scientifique. Les effluves naturels, que nous les nommions magnétisme animal ou autrement, animent notre matière et, comme l'a si bien démontré M. Luys dans ses leçons à la Charité, se dégagent continuellement de tout notre corps et se perdent dans l'immensité de l'espace après avoir impressionné hommes et choses (1).

(1) Voir Luys. Leçons sur l'hypnotisme professées à la Charité. Chez Carré, éditeur, Paris.

Nous croyons inutile d'entrer plus longuement dans les détails de cette doctrine, si riche en déductions psycho-physiologiques et en applications thérapeutiques. Nous reviendrons plutôt à notre point de départ. Nous dirons donc que le Nouveau et l'Ancien Testaments présentent les plus saisissants faits de l'application de la suggestion en tant qu'agent thérapeutique.

Cette époque lointaine en réalisait d'ailleurs justement les conditions les plus favorables ; d'une part, la foule recueillie et confiante en la puissance de l'apôtre agissant au nom du Seigneur, et, d'autre part, ce même apôtre fort de sa mission lui venant d'en haut.

Ainsi, tous les miracles qu'on lit dans la Bible et dans l'Evangile, ne seraient autre chose que la guérison des affections nerveuses (sans lésions matérielles), dans des conditions normales de la suggestion, telle que nous la concevons aujourd'hui.

Mais si le scepticisme moderne a singulièrement rétréci le champ des cures merveilleuses, en revanche, dans un pays, tel que la Russie, où l'état d'esprit de la Société slave est fermement chrétien et croyant, cette action rayonnante de l'homme sur l'homme par la suggestion, sous une forme religieuse affirmative, peut encore largement s'exercer.

Dans cet ordre de faits, nous pouvons enregistrer les cures merveilleuses exécutées dans ce pays par le père Jean de Cronstadt, personnage très sympathique et très chrétien, cures qui remplissent d'admiration toute la Russie à l'heure qu'il est, et dont quelques détails très significatifs nous sont fournis par la *Revue de l'Hypnotisme*, dont l'extrait suit plus loin et que nous croyons être très à leur place dans un domaine en lequel on s'occupe de suggestion hypnotique.

J. N.

On a beaucoup parlé de ce fameux Père Jean, qui s'est présenté à Livadia pour tenter la guérison miraculeuse du Tsar. Notre confrère Henry Lapanze a recueilli sur lui quelques renseignements curieux.

Le Père Jean « faiseur de miracles », comme on l'a surnommé là-bas, aura tantôt soixante-quatre ans, étant né en 1830, dans une petite bourgade, à Soursk, éloigné de pas mal de verstes d'un centre important. Son père appartenait déjà au clergé. Il était sous-diacre, d'une grande bonté, mais aussi d'une pauvreté extrême.

Jean fut mis au séminaire, où on le poussa d'autant plus

qu'il y donna très rapidement des preuves de sa jeune et belle intelligence. A la Faculté de théologie, où il entra ensuite, on le considéra tout de suite comme un sujet exceptionnel, au double point de vue de la science et de la foi.

Parmi les guérisons miraculeuses obtenues, disent les Russes, par le Père Jean, on cite celle d'un étudiant, sorte d'esprit fort qui avait parié de lui jouer un bon tour :

Vous verrez, disait-il, que si je me couche, en faisant croire que je suis malade, il ne s'apercevra pas de la supercherie. Il fit comme il avait dit, il se coucha. Le Père Jean vint et dit :

Reste ainsi que tu es.

Et comme le prêtre avait tourné le dos, le jeune homme voulu se lever. Vains efforts : il était frappé de paralysie ! On va de nouveau supplier le Père Jean, qui revient et doucement, mais avec un ton de volonté supérieure, prononce ces paroles :

— Crois ! crois ! il faut croire !

Il tombe en prières, et quand il a fini, l'incrédule étudiant est guéri !

Une autre fois, un malade vient chez le Père Jean : « Enlevez-moi ma souffrance, bon Père, lui dit-il ; ce que je sens est horrible. » Le prêtre le regarde, il lui demande s'il croit fermement, et quand le patient eut répondu « oui », il lui fait boire dans une tasse où il avait bu lui-même auparavant. Tous deux prient et, après une invocation au Seigneur, le malade part : il n'a plus souffert depuis.

A Saint-Pétersbourg, dans la Grande Morskaïa, un général très célèbre a vu mourir, coup sur coup, deux de ses filles. Son fils aîné est frappé d'un mal terrible et qui ne pardonne pas. On appelle le Père Jean, et celui-ci accourt ; il prie d'abord, puis il pose cette double question à celui qui va mourir :

— Crois-tu ? Veux-tu croire ?

Comme un souffle, sa voix répond :

Je crois !

Il est guéri.

On cite cent exemples de même nature. Le Père Jean ne guérit pas tous ceux qu'il approche, mais beaucoup sont soulagés par sa présence et recouvrent la santé. Ce que nous venons de citer de lui prouve qu'il applique admirablement la suggestion. »

(*Revue de l'Hypnotisme*, décembre 1894.)



UN CAS DE SUGGESTION MENTALE

par Paul Bourget (1)

A propos des phénomènes étranges que les études de l'Hypnotisme moderne ont mis en lumière, je cite sous ce titre (faute d'une meilleure dénomination) un exemple des plus nets que j'emprunte au récit d'un observateur psychologiste qui n'est pas le premier venu, M. Paul Bourget, et qui, par sa précision, par les détails dont il est encadré s'imposera aux méditations des amateurs de sciences psychiques qui pensent « comme lui que l'esprit a des procédés de connaître non soup- « çonnés par notre analyse. »

J. L.

Un journal de voyage n'est certes pas la place convenable pour y discuter des problèmes d'un ordre aussi complexe que celui-ci.— Est-il possible à une pensée de communiquer avec une autre pensée sans l'intermédiaire d'un signe ?..

Mrs P*** me tenait les mains, et elle touchait en même temps une toute petite *pendule de voyage ayant appartenu à quelqu'un qu'elle ne pouvait pas avoir connu*, — un peintre qui s'est tué dans des circonstances particulièrement tristes de folie momentanée. Comment arriva-t-elle à me dire, et cette profession de l'ancien propriétaire de la pendule, et sa folie et le genre même de son suicide ? — Y avait-il une communication entre mon esprit et son esprit à elle, dédoublé dans cette mystérieuse personnalité du docteur Lyonnais ? Mes mains, qu'elle tenait entre les siennes, lui révélaient-elles par des frémissements perceptibles à l'hyperacuité de ses nerfs, mes impressions sous chacun de ses mots, et avait-elle conservé, dans son sommeil, un pouvoir de se laisser guider par ces minuscules jalons ? — Ou bien, car il faut toujours réserver une place au scepticisme, était-elle une comédienne incomparable et qui devinait mes pensées au ton seul de mes questions et de mes réponses ?... Mais non. Elle était sincère.— Les physiologistes qui l'ont observée dans ses crises ont trop souvent reconnu le caractère magnétique de son sommeil à des indices mécaniques qui ne trompent pas. Tout ce que je peux conclure des détails réellement extraordinaires qu'elle me donna, à moi, un étranger de passage, sur un disparu, et dont je n'avais parlé à personne dans son entourage, c'est que l'esprit a des

(1) Paul Bourget. — Voyage en Amérique (Outre-mer). Extrait du *Figaro*. 14 janvier 1895.

procédés de connaître, non soupçonnés par notre analyse. Et je me souviens d'un des bouddhistes Américains rencontrés ici, qui me disait :

— « En Europe et en Occident vous avez donné une importance énorme, démesurée, unique à la démonstration, laquelle n'est pourtant que la vie des sens organisés. Il y a autre chose... »

Nous étions, comme il me parlait de la sorte, assis à la table d'un club, sur la fin d'un repas, prolongé par la causerie entre vingt convives. Autour de nous, les bouteilles d'Apollinaris et de wiskey, la menthe versée dans des verres sur de la glace pilée, des boîtes de cigares symbolisaient ce qu'il y a de moins idéal, de moins mystérieux dans l'existence civilisée, et cet homme étrange continuait de me parler sur l'Extrême-Orient, sur ses religions toutes baignées de songe, sur la sagesse de ces peuples et sur leur passivité.

Qui sait, me disais-je en l'écoutant, si certains pouvoirs de mysticisme, aujourd'hui presque abolis dans le monde moderne ne se réveilleront pas, si des facultés de l'âme, momentanément paralysées, ne recommenceront pas de travailler, si notre humanité ne reverra pas une période analogue à celle des Alexandrins et des Gnostiques, ou plus justement des Brahmes ? Ce serait une grande ironie de la nature, si ce futur réveil des sciences dites occultes devait avoir un de ses points de départ en Amérique. A coup sûr, nulle part, les recherches de la psychologie morbide ne sont poussées plus avant qu'ici et à ce titre seul, cette visite à l'ermitage de Mrs P*** valait d'être racontée.

Quand elle se réveille de son sommeil, elle nous saisit, mon compagnon et moi, chacun par le bras, d'un geste tragique. Visiblement, elle resta quelques secondes sans nous reconnaître. Puis une espèce de pâle sourire revint sur sa face lassée. La voyante céda la place à la bourgeoise de New-England qui nous offrit du thé, avec sa voix redevenue douce, et elle semblait avoir complètement oublié, elle avait complètement oublié le fantastique docteur à l'accent Irlandais, retiré dans quelle contrée loin de la nôtre ? Evanoui, mais où ?... Chimère de son imagination ? Invention de sa ruse ? Réalité supra-sensible ? Qui saura le mot de cette énigme.

Paul Bourget.

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères, place Saint-André, 3.
Maison spéciale pour Journaux et Revues.



ANNALES
DE PSYCHIATRIE
ET
D'HYPNOLOGIE

CATALOGUE
D'UNE
COLLECTION DE CERVEAUX MOMIFIÉS

Offerte par M. le Dr LUYS, à la Faculté de Médecine de Paris pour le Musée Dupuytren

RÉDIGÉ

par M. le Dr J. Luys, médecin honoraire des Hôpitaux de Paris, Membre de l'Académie de Médecine,
et M. Natanson, secrétaire de la Rédaction des *Annales de Psychiatrie et d'Hypnologie*.

(*Suite et fin*)

CERVEAUX D'IDIOTES ET D'ÉPILEPTIQUES

Les cervaux numérotés depuis 65, 65 bis jusqu'à 73, 73 bis, appartiennent à des idiotes et imbéciles de différents âges recueillis à la Salpêtrière dans le service de M. Legrand Du Saule. Ils proviennent de sujets du sexe féminin, âgés de 7-22 ans. Chez un certain nombre de ces sujets l'idiotie était compliquée d'épilepsie ; chez d'autres l'idiotie existait seule. Un certain nombre d'entre elles était pourtant susceptible d'un certain degré d'instruction.

On trouvera la description et le dessin d'un certain nombre de ces cerveaux dans mon étude sur la Morphologie et l'Histo-

logie de l'« idiotie », insérée dans le Journal « l'*Encéphale* », 1881, p.32, 33 planches, I, II et IV.

Voici les principales conclusions qui ressortent de ce travail :

1° Les cerveaux des idiots et imbéciles présentent constamment des malformations et des arrêts de développement des plus caractéristiques.

2° Ces modifications se révèlent sous forme d'atrophies partielles portant sur tel ou tel groupe de plis corticaux. Ces atrophies se manifestent par l'amincissement des plis et, d'autre part par l'élargissement corrélatif et la profondeur des sillons.

3° Ce sont principalement les circonvolutions frontales qui présentent le plus d'irrégularités dans leur mode de groupement ; les rolandiques viennent ensuite.

4° L'asymétrie est très nettement accentuée chez les idiots. Les deux lobes présentent le plus souvent une asymétrie des plus significatives.

3° L'étude histologique des plis corticaux est encore un champ d'information des plus intéressants qui montre : — d'une part, la raréfaction des cellules cérébrales au sein de la substance grise atrophiée, et, — d'autre part, la raréfraction des capillaires sanguins, qui sont peu nombreux et mal développés dans leurs réseaux.

65, 65 bis. Ra. — *Lobe droit*. Face externe : Irrégularité des marginales et de la 2e frontale. *Atrophie de la 3e frontale*.

Lobe gauche. Face externe : Irrégularité du marginale. Irrégularité de la 2e frontale : processus inférieur coupant le 3e. Avortement de cette dernière.

Cette malade parlait à peine.

66, 66 bis. *Sib*. — *Lobe droit*. Face interne. Développement du lobe carré. Face externe ; irrégularité des marginales. Les frontales sont peu flexueuses.

Lobe gauche. Pariétale ascendante peu sinueuse ; frontale ascendante divisée en deux processus parallèles. Les autres circonvolutions sont simples et épaisses.

67, 67 bis. — R., 22 ans, idiote. Morphologie à peu près normale dans les 2 lobes ; les sillons sont très profonds, principalement dans le lobe gauche.

68, 68 bis. Inconnue. *Lobe droit.* Marginales irrégulières, surtout la pariétale ascendante. Les sillons sont très profonds, surtout ceux de la face externe.

Lobe gauche. Irrégularités très grandes du lobe carré. La calloso-marginale interrompue.

Ramollissement de la frontale interne. Les deux marginales très irrégulières. La frontale ascendante interrompue. La 2e frontale irrégulière. Elargissement considérable, véritable gouttière du sillon parallèle.

69, 69 bis. — *Lobe droit.* Morphologie à peu près normale. *Lobe gauche.* Même état ; sauf atrophie de la 1re frontale Les sillons très excavés, surtout la scissure de Rolando. Les plis corticaux peu flexueux.

70, 70 bis. — 18 ans. Br. *Lobe droit.* Face externe : Les marginales font saillie, bosselées. 1re frontale — dépressions multiples supérieures.

Lobe gauche. Morphologie à peu près normale. Les marginales très épaisses et flexueuses. Développement du lobe pariétal, dont on ne trouve pas un exemple équivalent dans toutes les pièces de la collection. 1re frontale épaisse interrompue par des sillons. La 2e frontale peu développée. La 3e frontale très développée.

71, 71 bis. — Idiote. Epileptique. *Lobe droit.* Saillie du lobe paracentral. Les marginales irrégulières avec incisures. Élargissement considérable du sillon interpariétal.

Lobe gauche. Elargissement de la scissure perpendiculaire interne. Les marginales irrégulières. La scissure de Rolando très creusée. La 1re frontale — sillon apre. La 2e frontale peu flexueuse, atrophiée. La 3e bien développée. Elargissement du sillon prérolandique.

72, 72 bis. — Idiote. Epileptique. 20 ans *Lobe droit.* Scissure perpendiculaire interne élargie. Saillie du lobe paracentral des marginales régulières. Faible développement de la 2e frontale qui envoie un processus sur la 3e frontale. Élargissement des sillons.

Lobe gauche. — Allongement sur la face interne du lobe paracentral. La 1re temporale sinueuse. Amincissement de la 1re frontale. Développement vermiculaire de la 2e et empiétant sur la 3e, qui est mal développée.

73, 73 bis.—X. *Lobe droit.* Morphologie normale. Irrégularité des occipitales. Développement du lobule pariétal.

Lobe gauche. Saillie du paracentral. Irrégularités des marginales. Pariétale ascendante interrompue. Anastomose transversale entre les 2 marginales. Dédoublement supérieur de la frontale ascendante (pli accessoire antérieur comme dans cerveau 66 bis), 1re frontale mince. 2e frontale irrégulière. Elargissement considérable de la scissure de Sylvius qui permet de voir le lobule de l'Insula.

CERVEAUX D'AMPUTÉS

Les nos **74, 74 bis** à **79, 79 bis,** appartiennent à des sujets ayant subi une amputation d'un membre ou d'une fraction de membre.

Les sujets ayant succombé, deux ou trois ans après l'amputation, les lésions centrales atrophiques n'ont pas eu le temps de se produire, de sorte qu'ils ne présentent pas de lésions caractéristiques. Ce n'est qu'au bout de 15 à 20 ans que le cerveau des amputés présente des atrophies notables. Le lobe, du côté opposé, est en général atrophié, et l'on constate une atrophie très notable, très accentuée au niveau de la scissure perpendiculaire interne, lésion qui se rapproche de celle de la surdité chronique, dont nous avons décrit le cerveau précédemment (1).

74, 74 bis. — Femme de 52 ans. Amputation de Chopart faite au pied gauche. Morphologie à peu près normale. Elargissement des scissures.

75, 75 bis.— Amputation de la jambe droite depuis 3 ans. Femme de 63 ans. Rien de notable à signaler.

76, 76 bis. — Amputation de la cuisse gauche chez un homme de 65 ans. Dilatation de quelques scissures. Scissure transversale de la 2e frontale gauche qui la partage en deux. Je n'ai pas rencontré cette même lésion dans toute la collection ici présente, sauf ce cerveau.

(1) On trouvera des planches photograpiques d'anciens amputés du bras gauche, avec la lésion que je signale dans la collection des photographies que j'ai exposées dans la salle des séances de l'Académie de médecine.

77, 77 bis.— Femme de 51 ans. Amputation datant de 34 ans. La 2e frontale droite présente une scissure transversale. Les scissures commencent à s'élargir et, en particulier, celle de Sylvius qui laisse à découvert le lobule de l'insula.

78, 78 bis.—Cerveau d'amputé de 60 ans, de la jambe, sans renseignements. Morphologie à peu près normale. Elargissement du sillon de Rolando et de quelques scissures. Elargissement de la scissure de Sylvius. Mise à nu du côté droit du lobe de l'insula.

79, 79 bis.— Amputation de la jambe droite depuis 3 ans. Homme de 45 ans.

Lobe droit.— Elargissement des scissures. Morphologie normale.

Lobe gauche.— A été préparé d'une façon irrégulière. On ne peut donc tirer aucun renseignement précis de sa configuration, sauf un élargissement notable des scissures.

CERVEAUX INCONNUS (SANS RENSEIGNEMENTS)

Les cerveaux qui suivent, depuis 80, 80 bis, jusqu'à 103, 103 bis, appartiennent à des sujets inconnus recueillis à la Salpêtrière et provenant de femmes plus ou moins âgées, la plupart en démence.

Les pièces cérébrales suivantes de provenance inconnue présentent la plupart des détails d'anatomie pathologique pure qui peuvent servir utilement à l'édification de certaines moyennes de morphologie générale.

80, 80 bis. — Cerveau d'un poète inconnu mort à l'hôpital à 32 ans. Il était typographe et auteur de poésies patriotiques et sentimentales, dont il avait été vivement félicité par M. Legouvé. Morphologie à peu près normale. *Lobe droit*: La pariétale ascendante très accusée. La 2e frontale lance un processus en arrière de la troisième.

Lobe gauche : Les 2 rolandiques, incisure tranversale. Elargissement du sillon interpariétal. Développement du lobe paracentral. Elargissement du lobe carré aux dépens du cuneus qui est atrophié. La 1re temporo-occipitale présente des incisures spiroïdes qu'on rencontre rarement, et un recourbement en

crochet de cette circonvolution que je n'ai pas rencontré sur un autre cerveau de la collection. C'est une particularité anatomique à vérifier.

81, 81 bis. — *Lobe droit.* Développement du paracentral. Elargissement des sillons. Développement insolite des circonvolutions marginales droites et gauches. La 2e envoie un processus en arrière de la 3e frontale.

Lobe gauche. Développement du lobe carré. Circonvolutions marginales normales.

82, 82 bis.— *Lobe droit*: Elargissement des scissures sur la face interne. Les marginales sont gonflées.

Lobe gauche. Morphologie normale. Atrophie de la 1re frontale à son extrémité postérieure.— Elargissement des cavités ventriculaires, ce qui fait supposer que cette femme, âgée de 45 ans, était atteinte de paralysie générale (?).

83, 83 bis. —*Lobe droit.* Morphologie normale. Frontale interne, incisure parallèle. Lobe carré, développé. Saillie du paracentral. Irrégularité des deux marginales.Interruption de la frontale ascendante, qui est gonflée à sa partie supérieure. Atrophie de la 1re frontale.

Lobe gauche: Développement du parcentral et du lobe carré aux dépens du cuneus.Irrégularité de la frontale interne avec atrophie. Sillon de Rolando profond. Elargissement du sillon interpariétal.

84, 84 bis.— *Lobe gauche* :Morphologie normale,saillie du lobe carré qui est incisé. Hippocampe fragmenté à son origine. Les deux marginales irrégulières.Une pariétale ascendante supplémentaire commence à se dessiner. Elargissement des scissures.

Lobe droit : En avant sur la face interne, lésion artificielle. Elargissement des scissures. Les marginales irrégulières.Formation, comme dans le lobe précédent, d'une pariétale ascendante supplémentaire. Atrophie de la 1re frontale au moment de son insertion sur la frontale ascendante.

85, 85 bis. — Les deux lobes ont une tendance similaire, qui consiste dans l'existence des crêtes très accusées,particulièrement sur la circonvolution du corps calleux gauche et un peu moins sur la droite. A gauche ces crêtes se retrouvent en-

core sur le bord inférieur de la circonvolution de l'hippocampe. Sur le *lobe droit* : Morphologie à peu près normale. Sillon de Rolando profond. 1re temporale coupée par des incisures, aspect spiroïde. 2e sillon frontal très profond.

Lobe gauche : Mêmes particularités. La 1re temporale très développée. Sillon de Rolando creusé.

86, 86 bis. — Les lobes du cerveau sont inégalement intéressés.

Lobe droit présente un élargissement des scissures dans le lobe carré et quelques érosions au niveau des origines des circonvolutions frontales en avant.

Le lobe gauche est plus désorganisé. Les sillons et les scissures profondes, principalement au niveau de la calcarine (vaste gouttière). Les marginales à peu près normales. Les scissures sont partout développées aux dépens de la substance corticale. Cavité ventriculaire élargie.

En raison des lésions qui existent sur les frontales des deux côtés, ainsi que de l'élargissement des cavités ventriculaire, j'incline à voir qu'il s'agit ici d'un cerveau d'une paralytique générale.

87, 87 bis. — *Lobe droit.* Morphologie à peu près normale. Pariétale ascendante. Incisure à la base. Plissement abondant de la 3e frontale. Atrophie de la 2e frontale.

Lobe gauche. Elargissement de la scissure de Sylvius. Atrophie de la 1re frontale. Développement de la 3e. Mise à découvert de l'insula.

88. — Lobe droit unique d'une femme ataxique. Développement de la scissure calloso-marginale et surtout perpendiculaire interne. Développement au dépens du lobule pariétal d'une circonvolution pariétale ascendante supplémentaire.

89. — Lobe gauche unique d'une femme de 82 ans, rachitique, avec incurvation de la colonne vertébrale.

Morphologie à peu près normale, sauf l'élargissement de quelques scissures.

90, 90 bis. — Ces lobes cérébraux présentent des dispositions à peu près normales avec tendance des scissures à s'élargir.

91, 91 bis. — *Lobe droit.* Face interne normale. Face externe : pli courbe irrégulier, fragmenté. 1re frontale, érosion à sa surface. Elargissement des scissures et amaigrissement de la substance corticale.

Lobe gauche. Face interne, rien à signaler. Face externe : pariétale ascendante, atrophiée à son origine inférieure. Pariétale ascendante supplémentaire.

La frontale ascendante désorganisée à son origine inférieure, atrophiée. La 1re frontale divisée en deux par un sillon ap. La 2e frontale mal développée, tronquée. La 3e frontale mal divisée. — Il y a peut-être une lésion hémorrhagique dans le corps strié correspondant au point d'origine de la frontale ascendante.

92. — Lobe gauche isolé d'une femme de 75 ans, démente, excitée par moments avec lypémanie anxieuse.

Face interne : développement du lobe paracentral dans le sens antéro-postérieur. — Face externe : élargissement du sillon interpariétal. Les marginales bosselées. Pli courbe développé. Atrophie de la 1re temporale. La 2e frontale fragmentée ; tendance à s'unir avec la 3e frontale qui est peu apparente.

Cette femme n'a pas perdu la faculté du langage.

93.— Lobe gauche isolé d'un homme de 50 ans, alcoolique, suicidé.

Face interne : saillie du lobe paracentral. Elargissement de la scissure perpendiculaire interne. Etat spiroïde de l'hippocampe.

Face externe : Les deux marginales très développées faisant saillie. La pariétale ascendante épaisse à sa base. Incisure parallèle forme nettement le lobule pariétal qui est bien développé. Pli courbe peu développé. La frontale ascendante flexueuse présentant une encoche au niveau de l'insertion de la 2e frontale. La 3e frontale plissée et flexueuse.

94. — Lobe gauche isolé. Brachycéphale (presque globuleux). Lobule paracentral développé. Lobe carré développé au dépens du cuneus. Les marginales flexueuses gonflées. Pli courbe bien développé. Il est à remarquer que le lobe frontal, par rapport au sillon de Rollando, est peu développé. Ce sont les parties postérieures qui ont pris un grand développement.

Paralysie générale probable.

95.—Lobe droit isolé. Femme, 75 ans, hypocondriaque. Délire de persécution. Démence.

Ce lobe, contrairement au précédent, présente un diamètre antéropostérieur allongé. Cerveau dolichocéphale.

Face interne : saillie du paracentral. Élargissement considérable du lobe carré avec scissures profondes. Ces scissures existent aussi dans la frontale interne à son origine. Face externe : on voit que le lobe frontal est très allongé, contrairement au précédent. Élargissement considérable du sillon interpariétal devenu gouttière, de même que du sillon temporal 1re (sillon parallèle). Les trois frontales bien et nettement séparées par les deux sillons.

96. — Lobe droit isolé. Morphologie à peu près normale. On remarquera, cependant, qu'au niveau des régions occipitales, il y a un certain degré d'affaissement et que ces régions sont atrophiées. La portion frontale normale.

97. — Lobe gauche isolé. — Lobe frontal est normal, sauf un éloignement du sillon au niveau de l'insertion de la 1re frontale. On remarquera une atrophie très notable de la région occipitale qui est complètement résorbée. Cette atrophie n'existait pas sur les lobes précédents. Le sujet présentait à la fin de sa vie des vomissements très fréquents.

C'est encore une surprise d'autopsie.

98. — Morphologie normale. Sauf quelques points de peu d'importance.

99. — Lobe gauche isolé. Face interne : morphologie normale, sauf le développement considérable du lobe quadrilatère. Face externe : *Anastomose transversale à la partie médiane des deux circonvolutions marginales*, anomalie qui n'a pas encore été signalée jusqu'à présent. Ce fait doit être rare, puisque sur 200 lobes de la collection, c'est la seule fois que je l'aie rencontrée. La pariétale ascendante est flexueuse et mince ; elle donne naissance à un lobule pariétal bien développé. Frontale ascendante amincie comme la précédente à sa partie supérieure, après avoir contracté son trait d'union avec sa congénère.

1re frontale très amincie avec des dépressions multiples. La 2e frontale est irrégulière, fragmentée ; elle envoie un processus en arrière du trajet de la 3e frontale. Elargissement de

la partie supérieure du sillon rolandique au-dessus du trait d'union mentionné. Elargissement du sillon post-rolandique et de la scissure de Sylvius.

100. — Lobe gauche isolé d'un sujet dolichocépale.

Face interne : Développement du lobe paracentral et du lobe carré.

Face externe : Les deux circonvolutions marginales présentent des irrégularités et des déformations tout à fait en désaccord avec la disposition morphologique normale interrompues dans leur continuité transversale et dans leur direction longitudinale par des sillons plus ou moins profonds.

La pariétale ascendante est formée de tronçons et de sinuosités irrégulières. La frontale ascendante est interrompue au niveau de l'insertion de la 2e frontale, et présente des scissures dans sa moitié inférieure qui la divise en deux. Le pli courbe est volumineux, bien développé. Les trois frontales sont parallèlement bien développées et séparées par des sillons qui les séparent nettement.

101. — Lobe gauche isolé d'un sujet adulte, mort d'albuminurie, à 59 ans. Les circonvolutions sont tassées et paraissent à l'étroit. Face externe : La pariétale ascendante est gonflée et parcourue par un sillon vertical qui la divise. Sauf le sillon interpariétal et parallèle qui sont élargis, les autres ne le sont pas.

102. — Lobe gauche isolé. Saillie du lobe paracentral. Atrophie de la partie postérieure du lobe quadrilatère. Face externe : Irrégularités. La frontale ascendante sinueuse donne naissance à un lobe paracentral constitué par des replis multiples volumineux.

Pli courbe, épais. La 1re temporale difforme et segmentée. La 2e temporale présente une intumescence de sa substance à sa partie moyenne.

1re frontale atrophiée à sa partie supérieure. La 2e frontale empiète par un processus à sa partie antérieure sur l'origine de la 3e frontale.

103, 103 bis. — Lobes cérébraux d'une femme de 78 ans. Dans un état d'hébétude sénile sans paralysie. Quelques irrégularités dans le pli courbe droit avec dilatations atrophiques générales des scissures.

CERVEAUX EN PLATRE.

104, 105, 107, 108. — Les cerveaux qui suivent ont été moulés sur des cerveaux naturels, au moment où ils sortaient du bain de bichromate de potasse dans lequel ils avaient séjourné pendant plusieurs semaines. Ils sont remarquables par l'état très net de leurs circonvolutions.

104. — Lobe isolé. Présente colorée en rouge la circonvolution supplémentaire parallèle à la pariétale ascendante que j'ai le premier signalée à l'attention des anatomistes, il y a déjà plusieurs années, à la Société de Biologie.

105. — Ce lobe cérébral présente à sa face interne une morphologie à peu près normale. Sur la face externe on constate encore l'existence d'une pariétale supplémentaire. La frontale ascendante est étranglée dans sa continuité au-dessus de l'insertion de la 2e frontale. La 1re frontale irrégulière présente en avant de son insertion sur la frontale ascendante une portion atrophique. La 2e frontale flexueuse, surtout au niveau de ses origines. Elle contracte des rapports avec la 1re frontale, avec les origines de la 3e, et celle-ci en est sensiblement modifiée. Le sillon prérolandique élargi ; par contre, les sillons frontaux sont masqués par les prolongements de la substance corticale des circonvolutions du voisinage.

106. — Ce lobe appartient à l'histoire de l'art de la conservation des cerveaux.

Cet échantillon m'a été donné par M. le professeur Oré (de Bordeaux). Il représente un lobe cérébral recouvert d'une couche de cuivre pratiquée par la galvanoplastie. Au point de vue de l'étude, les cerveaux ainsi traités entièrement sont insuffisants, attendu qu'ils sont complètement déformés à cause de la substance étrangère qui remplit profondément les sillons.

107. — Cerveau d'une femme entrée à la Salpêtrière, atteinte d'aphasie avec paralysie motrice.

On voit, en effet, que la face externe la circonvolution frontale ascendante est atrophiée à sa base. La 3e frontale, à son point d'insertion, participe à la même destruction. — Il y a

en même temps très vraisemblablement une lésion destructive du corps strié sous-jacent.

108. — Cerveau provenant d'un sujet âgé de 48 ans. Ce cerveau présente une morphologie normale très complète. Les plis sont simples. Les sillons régulièrement creusés, sauf une particularité que je n'ai pas encore rencontrée, la continuité de la pariétale ascendante avec la frontale ascendante dans son 1/4 inférieur, et sauf encore l'interruption de la frontale ascendante,me paraît une exception toute caractérisque. Les autres circonvolutions ne présentent rien de notable.

La 2ᵉ temporale très développée.

109, 109 bis. — Ce cerveau se présente momifié, avec la couleur naturelle du cerveau, après le bain de bichromate de potasse. Il présente des irrégularités très dignes d'intérêt au point de vue des circonvolutions marginales. La pariétale ascendante est interrompue à deux centimètres de sa base et pareillement interrompue à sa partie supérieure où ses replis donnent naissance au lobule pariétal. La frontale ascendante est irrégulière, *intestiniforme*, boursouflée, et ne reçoit pas directement la 1ʳᵉ frontale. Le pli courbe irrégulièrement conformé. La scissure interpariétale très développée.

105 bis, 105 ter. — Irrégularités sur les deux lobes analogues au point de vue de la constitution des marginales. Elargissement des scissures perpendiculaire interne et calloso-marginale isolant le lobe carré.

C'est à dessein que j'ai fait une coupe verticale au niveau de la partie moyenne de la couche optique, pour donner une idée de l'état spécial de momification produite par la méthode employée. — On voit que la substance cérébrale est imprégnée partout, qu'elle est imputrescible et elle est encore susceptible, à l'aide d'une section mince, de donner des coupes très complètes, qui, conservées à l'état sec à l'aide d'un vernis, peuvent permettre d'avoir ainsi des coupes solides du cerveau sous forme de plaquettes plus ou moins transparentes.

110. — Cerveau de provenance inconnue, irrégulièrement préparé.

111, 111 bis. — Sujet féminin de la Salpêtrière sans renseignements. — Ce cerveau paraît assez régulier dans sa cons-

titution morphologique. Il présente néanmoins encore une circonvolution pariétale ascendante supplémentaire dans son lobe droit, et en même temps l'élargissement des deux scissures perpendiculaires interne sous forme de gouttière.

112. — Section crânio-cérébrale momifiée du lobe gauche A l'aide des aiguilles on peut reconnaître les points de repère des circonvolutions avec la boîte crânienne.

114. —Tranche du cerveau d'un homme jeune, 25 ans, ayant succombé pendant le coït. —On trouve çà et là des apoplexies capillaires disséminées dans toute la substance blanche. Cette pièce est conservée depuis près de 10 ans actuellement dans une solution de gélatine. Le cerveau n'a subi aucune immersion dans un liquide préparateur spécial (1).

113, 113 bis. — Cerveau d'un fou criminel.

B. (Jules), 37 ans, cultivateur.

Assassinat triple, ayant eu pour mobile le vol.

La section du couperet a tranché obliquement le corps de la cinquième vertèbre cervicale.

Autopsie. — Système pileux très développé, barbe et cheveux abondants, d'un beau noir.

Front bas, yeux saillants, peau du visage fine. La joue droite a conservé une teinte rose qui contraste avec la pâleur cadavérique du reste des téguments.

Nez aquilin, lèvres fines, oreilles bien ourlées.

Voûte palatine normale.

Les parties molles du crâne sont tranchées circulairement. [Le système musculaire est très développé; il était d'une force herculéenne.]

La dure-mère n'est, nulle part, adhérente. Les corpuscules de Parchioni sont en nombre considérable; le sinus longitudinal supérieur en renferme de très volumineux.

Le cerveau pèse : 1 kilog. 034 grammes. L'hémisphère droit pèse : 527 grammes. L'hémisphère gauche pèse : 507 grammes. Le cervelet, le bulbe et la protubérance pèsent : 164 grammes. L'encéphale pèse avec ses membranes : 1 kilog. 198 grammes.

L'*arachnoïde* est opaline, elle voile les circonvolutions surtout au niveau de la convexité de l'hémisphère.

(1) Voir pour détails la communication que j'ai faite à la Société de Biologie, juillet 1894.

La *Pie-Mère* est complètement exsangue. Elle adhère, en maints endroits, à l'écorce et, malgré les plus grands précautions, on ne peut la détacher sans la voir entraîner des plaques de substance corticale.

Les artères de la base sont athéromateuses, infiltrées d'éléments graisseux en plaques. Elles sont rudes et inégales au toucher.

Les carotides primitives et externes ne présentent aucune altération macroscopique.

Le cerveau ayant été conservé par des procédés ordinaires présente au point de vue morphologique les particularités suivantes :

Lobe droit. Face interne : Frontale interne déformée à son origine, avec adhérence de la méninge. Lobe paracentral très développé. Lobe carré, creusé par des scissures profondes. Cuneus, rien de spécial. Circonvolutions de l'hippocampe ratatinée. Rien de notable sur la base. Elargissement de la scissure calloso-marginale, surtout dans le sillon qui sépare le lobe carré du lobe paracentral. Elargissement de la cavité ventriculaire.

Face externe : Le pli courbe est presque anéanti, par un sillon profond en forme de gouttière qui a atrophié ses lobules. La 1re temporale est pareillement atrophiée. Le sillon parallèle est profondément creusé. Le lobe occipital est respecté. Les circonvolutions 1re, 2e et 3e frontales, sont nettement atrophiées. Elles sont couvertes de granulations multiples, avec adhérence de méninges. De plus, elles sont séparées d'entre elles par un élargissement considérable des sillons frontaux, ainsi que du sillon prérolandique, ce qui démontre l'atrophie notable des circonvolutions en question.

Lobe gauche. Face interne : Atrophie très notable de l'extrémité antérieure de l'hippocampe. Elargissement du sillon qui sépare le lobe carré du lobe paracentral comme dans le lobe précédent.

Le lobe paracentral fait une légère saillie. Le lobe carré est creusé d'une scissure profonde verticale. Cunéus, rien à signaler. Elargissement de la cavité ventriculaire. — Face externe : les marginales amincies et séparées par un sillon de Rolando très profond. Lobe pariétal peu développé. Pli courbe rien. 1re temporale amincie. 2e temporale fragmentée.

1re frontale atrophiée, amincie, creusée d'un sillon profond à sa partie antérieure. 2e frontale, idem. 3e frontale, bien développée.

1er sillon frontal profond, ainsi que le sillon interpariétal dans sa portion verticale (sillon rétro-rolandique), scissure de Sylvius élargie. Les circonvolutions frontales sont couvertes de granulations multiples, de même la première temporale avec adhérence de méninges et atrophies concomitantes.

En général, ce qui domine dans l'examen anatomique de ce cerveau, c'est d'une part l'atrophie générale de certaines circonvolutions, circonvolutions antérieures surtout du lobe droit, envahies par la méningite, etc..., et, d'autre part, l'élargissement des sillons avec atrophie des circonvolutions constituant l'expression anatomique typique de la paralysie générale progressive.

La comparaison du cerveau avec ceux qui appartiennent à la paralysie générale ordinaire démontre, d'une façon indubitable, que ce cerveau est celui d'un aliéné devenu criminel.

CRANES

115.— Calotte crânienne recueillie sur une vieille femme de la Salpêtrière.

Epaississement considérable des parois qui sont complètement massives. Les arborescences artérielles sont très profondes sur le crâne. L'hyperostose se manifeste principalement dans la région occipitale et dans la moitié droite. A gauche, au contraire, dans la région temporale l'épaisseur est à peu près normale.

116. — Calotte crânienne très notablement épaissie et relativement légère à cause de la raréfaction de ce diploé.

117. — Calotte crânienne d'une femme de la Salpêtrière avec exostoses de petit volume disséminées à différentes périodes de leur évolution. Ces exostoses probablement d'origine syphilitique ne font pas saillie à l'intérieur du crâne.

118.— Calotte crânienne d'un sujet présentant au niveau de la bosse frontale des rugosités probablement d'anciennes ostéites (Syphilis ?)

119. — Calotte crânienne d'un sujet hydrocéphale, mort à Charenton et très remarquable par sa capacité. Ce cerveau était très dilaté par une hydropisie intra-ventriculaire qui l'avait étalée en surface.

ÉTUDE CLINIQUE SUR LES TROUBLES INTELLECTUELS

DANS

L'ATAXIE LOCOMOTRICE PROGRESSIVE

Par ELIE GRUET,
Docteur en médecine de la Faculté de Paris (1).

Introduction.

Les trouble intellectuels, qui surviennent dans le cours de l'ataxie locomotrice progressive, n'ont pas encore été étudiés d'une manière bien spéciale, ni en France, ni à l'étranger.

Nous ferons une exception cependant en faveur de la paralysie générale, dont les relations avec la sclérose des cordons postérieurs ont été bien établies par les travaux de Baillarger, Foville et Magnan, en France, de Rokitansky et de Westphal en Allemagne.

Quant aux autres désordres de l'intelligence, quelques auteurs les signalent à l'occasion, mais n'entrent, à leur sujet, dans aucun développement. — Ils ont cependant, dès 1875, attiré l'attention de M. Rey, qui leur a consacré un article dans les *Annales médico-psychologiques*, et c'est à proprement parler le seul travail que nous possédions sur la question. C'est ce qui nous a décidé à réunir et à analyser les quelques observations qui ont été publiées sur ce point, tant en France qu'en Allemagne, et à en recueillir nous-même quelques autres pour en faire le sujet de notre thèse inaugurale.

Nous ne nous occuperons pas de la paralysie générale, qui a déjà été l'objet de travaux nombreux et importants ; nous négligerons également l'anatomie pathologique dont la paralysie générale par propagation eût constitué la partie la plus intéressante.

(1) Thèse de Paris, 1882.

Notre étude sera exclusivement clinique.

Nous nous attacherons d'abord à bien établir l'existence des troubles intellectuels et de l'affection médullaire, à indiquer le début de l'une et de l'autre affection, les caractères propres à chacune d'elles, leurs rapports et leur influence réciproque. — Nous espérons pouvoir démontrer que des *symptômes propres* à l'ataxie peuvent exercer une influence évidente sur la production des hallucinations et des interprétations délirantes. Il n'est pas douteux, en effet, que, dans certains cas, l'apparition des troubles intellectuels peut n'être qu'une simple coïncidence, par cela seul que l'ataxie locomotrice ne saurait créer une immunité contre l'aliénation mentale et réciproquement. De plus, nous ferons la part exacte de ce qui revient à l'alcoolisme ou au morphinisme.

Nous donnerons d'abord un court exposé historique de la question, puis, dans une première partie, nous étudierons les troubles légers qui ne nécessitent pas l'entrée du malade dans un asile, tels que la mélancolie simple, l'hypochondrie, l'affaiblissement de la mémoire, l'apathie intellectuelle, etc. ; notre seconde partie sera consacrée à l'aliénation mentale proprement dite ; en dernier lieu, nous traiterons du diagnostic.

Que M. le Dr Luys, sous l'inspiration duquel nous avons entrepris ce travail, veuille bien nous permettre de lui adresser nos plus sincères remerciements pour la bienveillance avec laquelle il nous a toujours accueilli dans son service et les précieux renseignements qu'il nous a communiqués. Nous prions également notre excellent ami M. Bodinier, interne des hôpitaux, de recevoir l'expression de notre vive gratitude pour l'obligeance qu'il a mise à faciliter nos recherches au lit des malades.

HISTORIQUE.

Lorsque Duchenne (de Boulogne) eut tracé d'une façon si saisissante le tableau clinique de la maladie qui depuis porte son nom, la plupart des autorités médicales de l'époque, à l'instar de Trousseau, rangèrent l'ataxie locomotrice parmi les névroses. Aussi voit-on les auteurs noter immédiatement l'état de l'intelligence et plus particulièrement du caractère dans les cas ordinaires, c'est-à-dire, sans complication de folie.

Ainsi, dès 1844, Steinthal mentionne le caractère gai ou indifférent et plus particulièrement la bonne humeur et la résignation des ataxiques.

Duchenne n'a jamais constaté dans les cas simples, c'est-à-

dire sans complication, ni hésitation de la parole, ni tremblement des lèvres et de la langue, ni la folie ambitieuse : il a été frappé, au contraire, presque autant de l'intégrité des facultés intellectuelles que de l'intégrité de la force musculaire.

Trousseau confirme absolument l'opinion de Duchenne. « En dépit des graves symptômes que je viens d'analyser, les individus, affectés d'axaxie locomotrice progressive, conservent presque tous, jusqu'à la fin, l'intégrité de leurs facultés intellectuelles. »

Grisolle, lui, a noté parfois de l'embarras de la parole, qui lui a été expliqué, plusieurs fois, à l'autopsie, par l'atrophie de l'hypoglosse ; mais, pour lui, comme pour Duchenne et Trousseau, l'intelligence reste jusqu'à la fin, à peu près intacte.

Lorsque les travaux de l'Ecole de la Salpêtrière, lorsque les belles recherches de MM. Bourdon et Luys (1), Vulpian, Charcot et Pierret, eurent démontré qu'il s'agissait d'une myélite chronique, d'une sclérose systématique des cordons postérieurs, l'attention des observateurs se trouva attirée sur la possibilité d'une extension de la lésion spinale au cerveau. A cette notion se rattachent les travaux sur la paralysie générale. En Allemagne, il faut citer les noms d'Hoffmann, de Joffe, de Turk et surtout le beau travail de Westphal (Tabes dorsalis et paralysie universalis progressiva ; *Zeitschr. f. Psych.*, chap. xx) ; en France, les noms de Baillarger, de Jaccoud (Paraplégies et ataxie du mouvement, 1864), de Foville, etc.

L'histoire clinique de l'ataxie locomotrice a fait de grands progrès ; à côté des cas types on est arrivé à reconnaître les formes anormales, irrégulières et en particulier des formes cérébro-spinales.

Aussi devait-on être amené à chercher les relations qui pourraient exister entre les troubles intellectuels, autres que la paralysie générale, et l'ataxie locomotrice.

Déjà dès 1864, M. Topinard, dans un mémoire couronné par l'Académie de médecine, signale les troubles de l'intelligence comme complication de l'ataxie locomotrice. Il a noté, dans ses observations, de l'affaiblissement de la mémoire, des absences, des illusions, de véritables hallucinations. Mais il n'insiste pas assez sur les relations que peuvent présenter ces troubles avec la maladie spinale.

M. Rey, au contraire, dans un travail très consciencieux

(1) Je tiens à rappeler incidemment ici que la première autopsie d'ataxie locomotrice qui ait été faite en France, a été faite par moi, 1861, alors que dans le monde officiel on considérait cette maladie comme une névrose. Les travaux de Vulpian-Charcot ne vinrent que postérieurement. *Archives générales de Médecine*, 1861. J. L.

(*Annales méd. psych.*, 1875) étudie les rapports des deux affections, leur influence réciproque, et démontre clairement qu'il y a là plus qu'une simple coïncidence. C'est à ce travail que nous emprunterons une grande partie de nos observations, ce qui nous permet d'en parler très sommairement ici.

Bien que la voie ait été ouverte, la question en est restée à ce point, et parmi les auteurs classiques, M. Luys est peut-être le seul qui ne la passe pas tout à fait sous silence : « On constate, dit-il, chez les ataxiques, certaines bizarreries d'humeur, certains troubles de caractère qui les portent à méconnaître leur situation, au moins dans les premiers temps. Mais peu à peu, par le fait de l'envahissement sclérosique, l'énergie mentale faiblit, et le malade présente, principalement dans la dernière période, au moral, des phénomènes d'insouciance et d'apathie profonde ; néanmoins, il existe des exemples indubitables dans lequels on a vu les troubles spinaux de l'ataxie locomotrice rester plusieurs années stationnaires, puis, à un moment donné, se propager au loin et amener, par contrecoup, des troubles psychiques très accentués qui, le plus souvent, sont ceux de la paralysie générale. » (Luys, Traité clinique des maladies mentales, 1881.)

En Allemagne, le Dr Ludwig Kirn, médecin à Illenau, a relaté l'observation d'une affection cérébro-spinale constituant, avec l'élément psychique, une forme phrénopathique particulière complètement différente de la paralysie générale. Ce cas se rapporte à une dégénérescence grise de la moelle qui se traduisit à l'extérieur par des anomalies multiples de la sensibilité de l'ataxie locomotrice progressive. (*Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie*, 1868.)

D'après Obeistener, les troubles intellectuels sont relativement fréquents dans le cours de l'ataxie locomotrice. Il les divise en deux grandes classes : les uns ne sont point distincts de la maladie elle-même et doivent être considérés comme déterminés par la propagation à l'encéphale des lésions primitivement développées dans la moelle ; les autres, au contraire, indépendants jusqu'à un certain point de la maladie primitive, sont dus à des causes accidentelles et viennent la compliquer.

Les symptômes qui rentrent dans la première classe sont quelquefois assez peu prononcés. Les tabétiques ont un caractère difficile ; ils sont mous, apathiques, hypochondriaques ; ils ne peuvent se livrer à aucun travail sérieux. (Sur les troubles psychiques qui surviennent dans le cours de l'ataxie locomotrice, *Wiener med. Wochens.*, n° 20, 1875.)

Obeistener ne semble pas avoir tenu compte, dans son appréciation, de l'influence que l'usage prolongé de l'opium peut avoir sur la production des troubles intellectuels ; nous reviendrons plus loin sur ce point.

De cet exposé historique, il résulte que les désordres psychiques sont relativement assez rares dans l'ataxie locomotrice ; que le plus fréquent de ces troubles est la paralysie générale, et qu'en somme il existe entre les auteurs d'assez grandes divergences d'opinions, principalement en ce qui a trait à ce qu'on pourrait appeler l'état moral des ataxiques.

CHAPITRE PREMIER

Mélancolie simple. — Hypochondrie. — Apathie intellectuelle. —Affaiblissement de la mémoire.

Certaines maladies longues et douloureuses, le rhumatisme chronique et la goutte, par exemple, impriment à l'état mental de l'individu des modifications plus ou moins profondes et d'une durée plus ou moins longue.

A ces deux phénomènes, chronicité et douleur, vient se joindre, dans l'ataxie locomotrice, une cause adjuvante de perturbation mentale : c'est le siège même de la maladie que les savantes recherches de MM. Bourdon et Luys nous ont appris à localiser dans la moelle épinière. Nous savons, en effet, que le fonctionnement du cerveau est tellement lié à celui des différents départements du système nerveux, qu'il subit fatalement le contre-coup des perturbations fonctionnelles dont telle ou telle région éloignée peut être le point de départ. Or, tandis que dans les autres maladies de la moelle épinière, dans la sclérose des cordons latéraux, par exemple, le retentissement centripète de la dégénérescence spinale ne se fait pas sentir d'une façon appréciable sur le cerveau (Luys), dans la sclérose des cordons postérieurs, au contraire, le cerveau subit assez souvent le contre-coup des perturbations fonctionnelles dont la moelle est le siège.

Ces troubles, il est vrai, sont le plus souvent peu marqués ; ils passent même fréquemment inaperçus aux personnes qui ne vivent pas dans l'intimité du malade. Ils n'en ressortissent pas moins au domaine médical, car, dans un assez grand nombre de cas, il ne sont que le premier degré de cette transition insensible qui, de l'affaiblissement intellectuel simple, conduit au délire et à la démence complète. Le médecin doit

donc connaître et la possibilité de leur apparition et leur gravité, s'il ne veut pas s'exposer à des erreurs de pronostic, chose toujours très préjudiciable dans la pratique.

Examinons donc ces perturbations mentales d'après leur ordre de gravité, qui assez souvent concorde avec leur ordre d'apparition.

Tout à fait au début, l'on voit quelquefois se produire des phénomènes qui ne manquent pas d'une certaine analogie avec ceux qui signalent l'invasion de la paralysie générale. Tel individu, jusque-là d'une tenue irréprochable, devient tout à coup d'un laisser-aller étonnant. Il est négligé dans son habillement; il omet de fermer son pantalon et s'étonne qu'on lui en fasse la remarque ; il tient même parfois des propos plus ou moins lascifs devant les membres de sa famille ; cet individu, jusque-là très laborieux, néglige ses affaires, pour ne s'occuper que de sa maladie, sur laquelle, au moins pendant les premiers temps, il se fait assez volontiers illusion. M. Luys, qui a eu occasion d'observer plusieurs fois des faits de ce genre et a suivi les malades pendant très longtemps, n'a jamais observé, par la suite, de symptômes de paralysie générale.

Du reste, disons-le en passant, on a signalé d'autres analogies avec la paralysie générale. M. Baillarger (*Annales médico-psychologiques*, mai 1881) relate deux observations du Dr Plaxton, ayant trait à des cas d'ataxie locomotrice avec troubles psychiques simulant ceux de la paralysie générale. Deux ans après l'apparition du délire des grandeurs, l'autopsie n'a révélé aucune des lésions de la paralysie générale. Il est vrai que, dans ce cas, on pourrait rappeler les anomalies si fréquentes dans la marche de la paralysie générale et invoquer les recherches de Magnan, qui ont montré que les lésions de la paralysie générale ne sont pas toujours appréciables. Cette dernière objection perd beaucoup de sa valeur en face de la longue durée de la maladie, et, en ce qui concerne la première question, Westphal et Plaxton se sont bornés à admettre ce que démontrait l'autopsie, sans faire une supposition qui pouvait paraître purement hypothétique.

Voilà, parmi les troubles intellectuels les plus légers, ceux que l'on observe à la période de début ; hâtons-nous de dire qu'ils sont d'une rareté excessive.

A la période d'état, les modifications dans le caractère ne sont plus les mêmes et deviennent plus fréquentes. Ici les auteurs sont loin d'être d'accord.

Tandis que M. Luys signale, chez les ataxiques, des bizar-

reries d'humeur et des troubles de caractère, Steinthal mentionne leur bonne humeur et leur résignation ; Topinard leur attribue même une physionomie souriante et un caractère facile. A priori, il semble difficile de se représenter gai et souriant un individu atteint d'ataxie locomotrice, pour peu que l'on songe au rôle que joue l'élément douleur dans cette maladie. De fait, l'on rencontre des ataxiques dont le caractère justifie jusqu'à un certain point les assertions de Topinard. Mais c'est là l'infime exception. On peut, du reste, s'en laisser imposer assez facilement par la mine de ces malades. Un certain nombre d'entre eux ont l'aménité, la douceur peintes sur le visage. Vient-on à interroger les gens qui vivent dans leur intimité, l'on apprend qu'ils sont insupportables. La malade, qui fait le sujet de l'obs. II, est un type de ce genre.

D'autres fois, au seul aspect du visage de l'ataxique, on peut se faire une idée exacte de son caractère. Les malades de cette seconde catégorie ont un air hargneux ou inquiet et défiant ; ils se croient volontiers en butte aux persécutions d'autrui. Telle est la malade de l'obs. I.

Observation I. — *Ataxie ; période d'état ; influence des symptômes de l'ataxie sur l'état mental ; irritabilité excessive.*

Ad... (Louise), 56 ans, salle Saint-Denis, n° 19, entrée le 6 octobre 1877.

Père, violent, mort à 25 ans. Mère nerveuse, devenue aveugle depuis peu, vit encore. — Sœur hystérique et « ataxique ? », paralysée du côté gauche. — Frère violent.

Elle-même a eu des crises nerveuses avec perte de connaissance dans sa jeunesse ; bonne santé par ailleurs, bien réglée. Son métier de frangeuse l'obligeait à être assise toute la journée. Veilles ordinaires jusqu'à deux heures du matin. A souffert de la faim et du froid pendant le siège ; chagrin à la mort d'un enfant. Pas de traces de syphilis ; pas d'habitudes alcooliques ; privations nombreuses.

7 octobre 1877. Voici l'état de la malade à cette époque. (Il nous a été communiqué par M. Bodinier, interne du service, qui l'a trouvé consigné dans une note jointe au billet de la salle de la malade.)

Le début de l'ataxie, qui remonte à sept ans, a été marqué par des douleurs fulgurantes dans la jambe et le talon droits et plus tard dans la jambe gauche. Marche pénible ; chutes subites dans la rue ; crises anales et vésicales ; miction subite et involontaire.

Incoordination motrice dans les deux jambes, mais plus marquée dans la jambe droite. Jambe gauche plus faible.

Sensibilité au contact obtuse, mais conservée dans les quatre membres.

Sensibilité à la douleur et à la température conservée partout.

Vue affaiblie surtout à gauche ; pas de strabisme ; pupilles contractées.

Pas de sommeil. Céphalalgie frontale. Sensation de froid.

15 octobre 1881. La malade ne peut se tenir debout. Perte du réflexe tendineux. Ataxie complète des membres inférieurs ; rien aux membres supérieurs. Différentes sensibilités conservées, excepté la sensibilité tactile qui est perdue aux membres inférieurs. Incontinence d'urine. Sténose pupillaire. Ne voit presque plus de l'œil gauche. De temps en temps, la malade accuse une sensation générale de chaleur qui dure pendant cinq, six, sept et huit jours.

Etat mental. — Air inquiet et défiant ; ne regarde jamais les gens en face, mais tient constamment la tête baissée et un peu inclinée à droite. Susceptibilité extrême, s'occupe de tout ce qui se dit ou se fait autour d'elle pour tâcher d'y découvrir quelque chose de vexatoire à son endroit ; s'imagine que tout le monde se moque d'elle, et, pour cette cause, est constamment en petite guerre avec ses voisines ou les filles de salle. Ce qui frappe le plus ceux qui étudient son caractère, c'est l'influence qu'exercent sur son état mental certains troubles de la sensibilité. Quand sa sensation de chaleur, « sa fièvre », la prend, elle devient inabordable ; la moindre chose l'irrite et l'exaspère. Sa mauvaise humeur persiste même deux ou trois jours après la disparition de cette fausse sensation dont elle reconnaît, en général, le caractère subjectif au bout de ce laps de temps. Elle dit alors : « Je croyais avoir la fièvre. »

Une autre cause imprime à son état mental des modifications très nettes. Depuis plusieurs années, elle éprouve des hallucinations de la sensibilité ; il lui semble qu'une main la saisit par la nuque, ce qui la fait se retourner pour voir s'il n'y a pas quelqu'un derrière elle. Bien qu'elle reconnaisse le caractère subjectif de cette sensation, son intelligence en est fâcheusement influencée. Quand cela lui arrive la nuit, elle en éprouve des terreurs et pendant quelques jours, elle devient plus peureuse et plus inquiète.

Elle dort du reste très rarement ; son sommeil est troublé par des rêves effrayants. Elle voit constamment « des soldats se bat-

tre et se tuer et des cavaliers tomber dans l'eau ». Des cauchemars la réveillent en sursaut. Elle pleure facilement.

N'a jamais pris d'injection de morphine.

Dans cette observation, nous voyons des symptômes propres à l'ataxie, des troubles de la sensibilité contribuer puissamment à modifier le caractère des ataxiques. Tout le monde connaît l'histoire de ce malade, atteint d'ataxie locomotrice, qui, poursuivi continuellement par une sensation intense de chaleur, faisait périr de froid tous les gens de sa maison. En plein hiver, il tenait grandes ouvertes toutes les fenêtres de sa maison, et c'est à peine si, sur les instances de sa famille, il se décidait à faire un feu de carton lorsqu'il avait des invités à sa table. Dans notre observation, la modification de l'état mental causée par la fausse sensation de chaleur persiste encore quelques jours après la disparition de celle-ci ; de même la fausse sensation perçue à la nuque exerce une influence de plus en plus grande. La malade reconnaît le caractère subjectif de son hallucination ; cependant son intelligence en subit déjà le contre-coup ; elle devient peureuse, inquiète ; il lui faut un certain effort de la raison pour reconnaître cette fausseté. Or, de là à l'hallucination véritable, à la sensation fausse prise et acceptée pour vraie, il n'y a qu'un pas.

Les malades chez lesquels nous avons constaté ces divers troubles ont souvent présenté, en outre, une sensiblerie exagérée et une tristesse invincible. La malade de l'obs. II nous en offre un exemple.

(*A suivre.*)

THÉRAPEUTIQUE NEUROLOGIQUE

Nouveau traitement de l'épilepsie.

Le professeur russe Bechtereff préconise contre l'épilepsie une combinaison de brome et d'une substance dont il ne donne pas la description, et qu'il appelle goritzvite, sous la forme suivante :

Eau	500 grammes.
Brome	10 grammes.
Goritzvite	3 grammes.
Codéine	0 gr. 10 centigr.

M. Par cuillerées à bouche, 4 à 6 par jour.

D'après l'auteur, grâce à ce traitement, qu'il faut prendre pendant plusieurs mois de suite, les accès s'amendaient notablement et finissaient souvent par cesser complètement. L'auteur, dont les découvertes et les recherches dans le domaine du système nerveux sont d'une grande notoriété, voit dans l'action de la goritzvite l'influence qu'elle exerce sur la circulation cérébrale.

Il ressort notamment des travaux tout récents du Dr Jodorsky que les crises d'épilepsie étant la conséquence des troubles des vaso-moteurs des vaisseaux cérébraux, cette substance agit sur les vaso-moteurs ou plutôt sur les centres vaso-moteurs dont elle diminue l'excitation et modifie par son intermédiaire la circulation cérébrale dans un sens favorable. Quoi qu'il en soit, ce nouveau médicament doit être enregistré comme un succès dans la thérapeutique des affections nerveuses.

(*Annales de Neurologie de Saint-Pétersbourg*, t. II, fasc. 3.)

J. N.

Le Tolysal dans les affections mentales et nerveuses.

Le Dr Bothe avait administré ce médicament à 28 personnes atteintes d'une affection nerveuse ou mentale. Il vante beaucoup l'action calmante de cette substance, soit contre les maux de tête des neurasthéniques, des hystériques, soit même contre les douleurs ostéocopes des syphilitiques. L'auteur arrive à cette conclusion que dans plusieurs cas le tolysal l'avait emporté sur l'antipyrine. Mais là où ce nouveau médicament excellait sans contredit, c'était dans la neurasthénie accompagnée de terribles maux de tête. Un gramme et demi à 2 grammes pris avant le sommeil suffisaient généralement pour calmer le malade et amener un bienfaisant sommeil. La même chose à dire pour un grand nombre d'aliénés dont il calmait, dans une certaine mesure, l'excitation et faisait disparaître l'insomnie.

Ce médicament, dont l'auteur recommande chaudement l'expérimentation, doit être pris à la dose de un gramme à deux. On pourrait le prendre dans de la bière pour en masquer le goût.

(*Annales hebdomadaires médicales de Munich*, 7 août 1894.)

J. N.

Traitement de l'incontinence nocturne de l'urine chez les enfants.

Le Dr MAX ALISTER a traité 20 cas avec succès en prescrivant à doses progressives de l'atropine :

Sulfate d'atropine à 2 %....................	5 grammes.
Solution de chlorhydrate de strychnine (1)	0 gr. 25 centigr.
Sirop d'orange amère......................	30 grammes.

En prendre V gouttes dans une cuillerée d'eau avant de se coucher. Augmenter progressivement le nombre de gouttes jusqu'à 60 (!)

Les malades ne doivent rien boire à partir de 6 heures du soir. Ils prennent les gouttes à 9 heures et se couchent à 10 heures du soir. On les éveille, au début du traitement, à minuit et à 6 heures du matin pour les faire uriner.

L'augmentation de la dose initiale se fait tous les 3 jours et de V gouttes chaque fois. On augmente la dose suivant la tolérance du petit malade et au moindre symptôme d'intoxication, tel que dilatation des pupilles, sécheresse de la bouche, il faut s'arrêter. On diminue progressivement et l'on s'arrange de telle façon à ce que le traitement dure en tout deux mois environ.

L'auteur avait en effet remarqué que l'amélioration et même la guérison survenaient au bout de ce temps-là. La strychnine qui entre dans la composition de l'ordonnance a pour rôle de contre-balancer l'action trop déprimante de l'atropine. L'auteur prétend n'avoir jamais observé de troubles circulatoires ou cérébraux.

(*Wiener Medicinische Presse*, 14 octobre 1894.)

J. N.

Traitement de l'épilepsie par les injections sous-cutanées du curare.

Au dernier Congrès des médecins russes tenu à Viatica en 1893, le Dr DOBRONRAVOFF a présenté un jeune garçon de 16 ans qui souffrait depuis l'âge de 8 ans d'épilepsie. Ses accès relativement rares au début devinrent de plus en plus fréquents. L'accès était précédé d'un aura assez bizarre ; il consistait en chatouillements ressentis au genou droit. Ces chatouillements

(1) L'auteur oublie de mentionner le degré de solution. (*Rem. du Réd.*)

prenaient bientôt le caractère d'une sensation douloureuse qui remontait en suivant la cuisse jusqu'au pli de l'aine. A ce moment même le jeune garçon perdait connaissance et passait par toutes les phases de l'accès typique d'épilepsie. L'auteur a en vain essayé tous les médicaments préconisés jusqu'à présent, tels que les bromures, l'antipyrine, le chloral, etc..., mais sans grand succès.

Il eut alors l'idée, en suivant les recommandations du Dr Kuntze, d'injecter dans la cuisse *droite* du malade, 0,006 milligrammes de curare. Les accès eurent lieu les jours suivants, quoique avec une moindre intensité.

L'auteur fit la deuxième injection et à la même dose 8 jours plus tard, la troisième 8 jours après la deuxième, et ainsi de suite.

Il y eut en tout cinq injections à la dose variant de 0,006 à 0,008 milligrammes.

Après la deuxième injection le malade n'a plus eu d'accès. A l'heure qu'il est, le malade est complètement guéri.

J. S. N.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

ANNÉE 1894

Séance du 29 janvier 1894.

M. Christian cède le fauteuil de président à M. Auguste Voisin.

Prix Esquirol.

Un seul mémoire a été envoyé pour le prix d'Esquirol. Il a pour titre : Considérations cliniques sur l'étiologie et la nature de l'épilepsie tardive chez l'homme.

Commission : MM. Bouchereau, Falret, Klippel, Mitivié et Ritti.

Réflexes pharyngien et massétérin dans la paralysie générale.

M. Paul Sollier conclut que :

1° Par ordre de fréquence, les réflexes se montrent altérés de la façon suivante dans la paralysie générale : réflexe rotulien (72 %), réflexe pupillaire (79 %), réflexe pharyngien (54 %), réflexe massétérin (12 %). Le trouble du réflexe pharyngien ne peut guère avoir de valeur au point de vue du diagnostic, étant donné son abolition fréquente dans nombre d'autres maladies.

2° Il n'existe aucune corrélation entre l'état de ces réflexes.

3° Il n'existe non plus aucun ordre déterminé dans l'apparition des troubles qui peuvent les atteindre. Leur présence ou leur absence n'ont donc aucune signification au point de vue du pronostic.

4° Il n'y a aucun parallélisme entre les modifications diminutives des réflexes et l'évolution de la paralysie générale.

MM. Joffroy, Auguste Voisin, Ballet, Marandon de Montyel et Christian prennent part à la discussion.

Des obsédés anxieux sans tare névropathique héréditaire ou acquise, tout au moins pendant le jeune âge.

Le D[r] Gorodichge rapporte l'observation d'un homme de cinquante-quatre ans, obsédé continuellement depuis six ans par la peur d'être poussé au suicide et chez lequel non seulement on chercherait en vain une tare névropathique des ascendants, mais qui, jusqu'à l'âge de quarante-deux ans, époque à laquelle il devint simplement neurasthénique par suite de gros chagrins domestiques, n'a pas présenté le moindre caractère névropathique.

Discussion à laquelle prennent part MM. Briand, Ballet, Joffroy et Auguste Voisin.

M. Chaslin lit un rapport sur l'ouvrage de M. Azzurri : « *Riforme migloramenti esequiti dal* 1862 *al* 1893 *vel manicomio di Santa Maria della Pieta in Roma ora Manicomio provinciale.* »

La séance est levée à six heures.

Séance du 26 *février* 1894.

MM. Gorodichge et Albert Bournet sont nommés membres correspondants et M. Joannès Martin membre associé étranger de la Société médico-psychologique.

Des variétés cliniques du délire de persécution.

M. Falret fait une communication sur les variétés cliniques du délire de persécution.

M. Joffroy insiste sur les caractères particuliers que présente le délire clinique chez les dégénérés. La résistance à l'invasion, qui constitue la première période, peut manquer chez eux, et le malade entre pour ainsi dire d'emblée dans le délire systématisé.

Etat statistique des modifications de la réflectivité dans les différentes périodes de la paralysie générale.

M. Briand donne le résultat de recherches entreprises dans son service depuis plusieurs années. Suivant lui, l'inégalité, l'irrégularité pupillaires ne sont pas sensiblement plus fréquentes à une période qu'à une autre.

Il y aurait parallélisme entre l'altération des réflexes oculaires et celle des réflexes tendineux, cette altération allant en progression continue jusqu'à la troisième période où elle atteint son maximum de fréquence. Il n'y a pas de différence appréciable entre la première et la deuxième période au point de vue de l'état des réflexes. A chaque période l'exagération est plus marquée pour les réflexes des membres supérieurs que pour ceux des membres inférieurs. L'abolition est plus fréquente pour ces derniers que pour les premiers. En ce qui concerne l'évolution des réflexes tendineux, l'exagération va en s'accentuant, l'abolition va en diminuant avec les progrès de la maladie. Les réflexes cutanés placentaire, pharyngien et palpébral comportent des degrés d'altération très variables, et l'on ne peut y attacher aucune valeur pronostique ou diagnostique dans les différentes périodes. Dans les rémissions il y a, en règle générale, persistance d'altérations marquée dans l'état des réflexes. L'inégalité pupillaire existe au moins dans les 4/5 des cas ; l'irrégularité est presque aussi fréquente que l'inégalité. Le myosis est deux fois plus fréquent que la mydriase, tout en ne se rencontrant que dans le tiers des cas. Les réflexes tendineux sont altérés 81 fois pour 100, les réflexes oculaires 72 fois p. 100, le cutané plantaire 62 fois p. 100, le pharyngien 48 fois p. 100, le palpébral 0 fois p. 100.

La séance est levée à six heures un quart.

Séance du 12 *mars* 1894.

Conformément aux conclusions d'un rapport de M. Christian, M. Bouchard, de Lille, médecin en chef de l'asile de Lommelet, est nommé membre correspondant.

Contribution à l'étude des réflexes tendineux dans la paralysie générale d'origine alcoolique.

M. Déricq décrit les résultats de l'examen des réflexes tendineux chez 87 paralytiques généraux ; il a obtenu le tableau suivant :

Diminution ou paresse	26
Exagération	28
Etat normal	33

Les observations qui coïncident pour la diminution ou la paresse des réflexes coïncident toutes également pour les antécédents alcooliques. « Ai-je eu affaire, remarque M. Déricq, à une série favorable ? Y a-t-il quelque relation de cause à effet ? Je n'ose conclure. Ce sont des faits plus nombreux qui détruiront la série ou affirmeront la valeur (absolue ou relative) d'une liaison pathogénique qui, après tout, n'a rien de paradoxale. Si j'ajoute, en effet, qu'aucun stigmate syphilitique n'a été relevé, on conçoit l'aide que, dans une certaine mesure, cette notion peut apporter dans la reconnaissance toujours si ardue de l'étiologie de la paralysie générale. »

La séance est levée à cinq heures un quart.

Séance solennelle du 30 *avril* 1894.

Prix Esquirol.

M. Klippel présente le rapport sur le prix Esquirol. Un seul mémoire avait été envoyé. Il a pour titre : « *Considérations cliniques sur l'étiologie et sur la nature de l'épilepsie tardive chez l'homme.* » L'auteur considère l'épilepsie tardive comme une variété de la grande épilepsie, qui emprunte à l'âge auquel elle survient et aux causes qui la provoquent, quelques caractères spéciaux.

Le prix Esquirol est décerné à l'auteur du mémoire, M. Maupaté, interne de l'asile Sainte-Anne, à Paris.

Eloge de Jules Cotard.

M. le Dr Ritti, secrétaire général de la Société médico-psychologique, prononce l'éloge de Jules Cotard.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Séance du 28 mai 1894.

Inauguration des bustes de J. Baillarger et de J. P. Falret.

M. Vallon annonce que l'inauguration des bustes de Baillarger et de J. P. Falret aura lieu à l'hospice de la Salpêtrière, le 7 juillet.

Sur les conclusions d'un rapport de M. Marandin de Montyel, M. Maupaté est nommé membre correspondant de la Société médico-psychologique.

Rapport médico-légal sur un attentat à la pudeur commis par un épileptique.

M. Vallon rapporte l'histoire d'un homme honorable, père de famille, atteint d'épilepsie vertigineuse à peu près ignorée de lui-même et de son entourage, et qui, sous l'influence d'un vertige, a commis un attentat à la pudeur sur sa propre fille. M. Vallon a pu démontrer qu'il était épileptique, qu'il avait agi inconsciemment et la procédure commencée contre lui s'est terminée par un non-lieu.

M. Joffroy a observé des malades ayant des attaques de petit et de grand mal, qui non seulement prononçaient des paroles, mais même conversaient. Entre les cas où il y a des phénomènes moteurs ou des phénomènes intellectuels, il en est où il y a une demi-conscience.

M. Charpentier fait remarquer que l'amnésie, alors même qu'elle est incontestable, n'est pas une preuve de la perte de conscience.

Alcoolisme et délire de persécution avec auto-accusation.

M. Roubinovitch présente l'observation de deux persécutés auto-accusateurs alcooliques, un homme et une femme. Le

délire de persécution avec auto-accusation peut se rencontrer aussi bien dans la dégénérescence mentale que dans l'alcoolisme subaigu ou chronique ; seulement, dans les cas d'alcoolisme, il emprunte à ce dernier ses caractères cliniques, comme les hallucinations multiples, le tremblement à petites oscillations, la marche, la terminaison.

M. Siglas fait remarquer que le délire d'auto-accusation n'est nullement par lui-même caractéristique de la mélancolie, que, s'il se rencontre habituellement dans cette forme vésanique, il ne lui est nullement spécial et peut se manifester au contraire dans bien d'autres maladies mentales.

Sur un appareil propulseur destiné à remplacer l'irrigateur dans l'alimentation forcée.

M. Lwof, en son nom et en celui de M. Proust, interne à l'Asile d'Auxerre, présente un appareil destiné à faciliter l'introduction de liquide alimentaire par la sonde nasale. L'appareil propulseur se compose d'un tube en caoutchouc vulcanisé de 25 à 30 centimètres dont le bout supérieur sert à recevoir l'entonnoir. Le bout inférieur est adapté à la poire qui présente à son extrémité inférieure un petit tube en métal, qui est introduit dans la sonde au moment où on veut faire pénétrer le liquide alimentaire dans l'estomac.

La séance est levée à six heures.

Séance du 25 juin 1894.

Communication relative à un individu affecté de débilité mentale et de perversions instinctives.

M. Ballet communique à la Société un rapport médico-légal sur un homme de trente-quatre ans qui a été interné un grand nombre de fois dans les asiles les plus divers et dont les actes extravagants ou délictueux ne se comptent plus.

Que faire, conclut M. Ballet, « de ces dégénérés pervers qui constituent pour la Société à la fois une charge et un péril ? Les éliminer par la relégation ? Ce serait une solution à examiner. Mais peut-être serait-il à la fois plus humain (et ces victimes d'une organisation défectueuse ont droit à être traitées avec quelque humanité), plus humain et plus pratique de créer pour ces infirmes des établissements spéciaux, qui seraient intermédiaires à la prison et à l'asile, et dans lesquels la Société obtiendrait, par un travail obligatoire, une rémunération au moins partielle des sacrifices qu'elle ferait pour ces tristes pensionnaires. » M. Ballet ne méconnait pas les difficultés que soulève la réalisation d'une pareille solution, mais il lui semble aussi légitime et non moins nécessaire de se protéger contre les fous moraux incurables que contre les persécutés chroniques.

M. Vallon est partisan des asiles-prisons.

Pour M. Chaslin, le médecin ne doit intervenir qu'après que le magistrat a jugé si l'individu est nuisible ou non.

M. Christian est d'avis que les asiles-prisons ne seraient utiles qu'à la condition d'y maintenir les malades à perpétuité.

M. Joffroy pense que le jour où des aliénés de ce genre sauraient que s'ils recommencent on les internera, ils y regarderaient à deux fois.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Séance du 30 *janvier* 1894.

Sur un pseudo-attentat anarchiste.

M. Rist rappelle l'histoire d'un jeune homme qui, pour obtenir de l'avancement, inventa un complot anarchiste et apporta une bombe dont il prétendit avoir éteint la mèche en temps opportun.

Sur le fonctionnement et l'organisation de l'asile des aliénés criminels de Gaillon.

M. H. Colin décrit l'organisation de l'asile des aliénés criminels de Gaillon ; on y détient non pas des aliénés devenus criminels, mais des criminels devenus aliénés. Guéri au point de vue mental, l'aliéné ne sort de Gaillon qu'à l'expiration de sa peine ; si à cette époque il n'a pas recouvré la raison, il doit être transféré dans un asile public.

M. Motet est convaincu de la nécessité d'un ou de plusieurs asiles d'aliénés criminels, ou de criminels devenus aliénés au cours de leur peine ou pendant l'instruction. Les entrées et les sorties seraient faites par la justice après la déclaration du médecin.

La séance est levée à six heures.

René SEMELAIGNE.

RECTIFICATION

A propos du procès Czynski.

A propos du procès Czynski dont nous avons rapporté dans notre numéro de mars les principaux incidents, il s'est trouvé que par le fait de la traduction du compte rendu une erreur a été commise, en vertu de laquelle on a fait dire au docteur Schreng-Notzing appelé dans l'affaire comme médecin expert un témoignage en opposition avec la réalité. — A la page 84, avant-dernière ligne du numéro de mars, on lui fait dire à propos de Czynski : « Son acte n'est pas suffisant pour entraîner sa condamnation. » C'est tout le contraire que l'auteur a voulu dire : et d'après une rectification qui nous arrive, il s'exprime au contraire très catégoriquement et dit à propos de Czynski : « Ses délits sont suffisants pour entraîner sa condamnation. »

J. L.

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères, place Saint-André, 3.
Maison spéciale pour Journaux et Revues.



ANNALES

DE PSYCHIATRIE

ET

D'HYPNOLOGIE

DE LA

MALADIE DÉMOCRATIQUE

Nouvelle espèce de Folie

Par le Dr Groddeck.

Je donne ici une publicité nouvelle à l'œuvre d'un auteur allemand, le Dr Groddeck, qui a paru en 1848 sous le nom de la *Maladie démocratique, nouvelle espèce de folie*, qui n'a joui à cette époque que d'une notoriété restreinte. Elle s'adressait à un nombre d'esprits éclairés qui savaient voir les choses froidement, et reconnaissaient le bien fondé de cette nouvelle interprétation des faits de psychologie sociale qui représentait la note dominante des esprits à cette époque.

Les hommes de ma génération se rappellent, en effet, l'énorme retentissement qu'eut en Europe l'explosion révolutionnaire des journées de février, partie de Paris en 1848. — A Vienne, comme à Berlin, comme en Hongrie, l'ébranlement se généralisa, et l'on vit, les foules entraînées par une sorte de contagion se livrer aux actes révolutionnaires les plus imprévues contre les anciennes monarchies.

Le mal gagna les populations comme une vaste épidémie, et l'on comprend ainsi qu'un observateur psychologiste ait

été fatalement entraîné à considérer ce phénomène de propagation comme une véritable peste sociale, sévissant sur des populations affolées ; et, de là, à considérer ce mal nouveau comme un état morbide, spécial, comme une entité nosologique non décrite, ayant ses cadres habituels, son étiologie propre, sa symptomatologie, il n'y a qu'un pas, et l'observateur dont nous parlons a reconnu dans tout ce qu'il voyait, dans les enthousiasmes de ses contemporains, dans les mouvements populaires aussi imprévus qu'inconscients, quelque chose de spécial qu'il a synthétisé scientifiquement sous la dénomination de *Maladie démocratique, nouvelle espèce de folie.*

Et, en cela, il a été bon prophète — car, de même que les idées folles dans certains milieux, dans certaines familles se propagent et vont contagionner l'entourage, de même, ces idées morbides dont le fond démocratique s'adresse à un état spécial latent des collectivités humaines, ne sont pas restées cantonnées dans leur foyer primitif. — Elles ont, elles aussi, évolué suivant des lois fatales, elles se sont étendues, elles se sont transformées, et de même que dans le monde de la bactériologie, nous voyons les microbes donner naissance à des toxines qui perpétuent leur activité sous une autre forme, de même ces idées morbides de la démocratie détournées de leur origine, ont donné naissance à des idées secondaires, à des idées de rénovations sociales, — de bonheur universel répandu sur toute l'humanité ; et, ces toxines secondaires, sous forme de conceptions socialistes ne tendent à rien moins qu'à la destruction complète et au bouleversement de tout l'organisme social.

Ce document rétrospectif du Dr Groddeck, qui se publie actuellement, me paraît avoir un certain caractère d'opportunité à une époque troublée comme la nôtre. — Et, certes, en voyant ce qui se passe, on se demande avec tristesse s'il faut moins s'étonner de la malignité du mal qui se développe dans toutes les classes sociales et de ses généralisations, que de l'apathie et de l'indifférence de ces mêmes classes menacées, qui, frappées d'une sorte de cécité mentale, ne paraissent pas comprendre les caractères infectieux des nouveaux poisons sociaux. — Le terrain de culture semble préparé

et attendre les nouveaux germes morbides destinés à le mettre en fermentation — et ces germes, ce sont les produits de la maladie démocratique exaltés et devenus de véritables toxines sociales.

Cette conception nosologique des idées dites *socialistes* qui ont pris possession de l'esprit d'un certain nombre de nos contemporains, (et même d'esprits intelligents et cultivés), ne doit donc plus être considérée comme une conception bizarre et aventurée comme elle a été jugée à ses débuts. C'est actuellement une conception scientifique qui a évolué, qui a fait son chemin et qui est acceptée et discutée.

Aussi, les aliénistes qui recherchent toutes les déviations tant de l'esprit, que du sentiment de l'être humain, se sont-ils arrogé le droit légitime de revendiquer cette étude comme étant de leur domaine ; — et à bon droit ils lui ont appliqué leurs méthodes usuelles de nosologie. Groddeck les a étudiées dans leur genèse, leur évolution propre, leur pathogénie, et leur symptomatologie caractéristique.

Mais, ce n'est pas tout, l'œuvre originale de Groddeck a besoin d'être complétée par les études nouvelles de la physiologie de l'*homme latent*, par ces forces nouvelles trop peu connues encore que l'hypnotisme moderne nous a révélées et qui, sous forme d'*imitations instructives*, de *crédivité*, de *suggestionabilité*, deviennent des facteurs nouveaux de l'activité humaine, et ouvrent à la psychologie sociale des horizons inconnus ; — forces inconscientes, inéluctables qui, multipliées par le contact des hommes les uns avec les autres, engendrent ces courants impétueux d'énergies des foules assemblées, ces ouragans d'émotions irrésistibles, sous le coup de fouet de la parole entraînante de celui qui les domine, et qui est l'entraîneur favori du moment. — La suggestion de la parole, l'imitation automatique et surtout la crédivité des êtres humains (même chez ceux qui ont l'esprit cultivé), voilà les éléments nouveaux inédits, mal connus de nos devanciers, avec lesquelles les générations nouvelles qui aspirent à diriger leurs concitoyens auront fatalement à compter. — C'est une dynamique nouvelle des forces sociales qui va désormais prendre rang dans la vie politique, et une nouvelle tactique qu'il va falloir désormais

connaître, car, dans cette forme nouvelle de la lutte pour la vie, il faut bien le répéter, la victoire sera toujours, en dernier ressort, à celui qui sera le plus instruit, le mieux armé et ayant à son service une technique plus précise de la mise en jeu des forces nouvelles dont il pourra disposer pour le gouvernement des hommes.

J. LUYS.

DE LA

MALADIE DÉMOCRATIQUE

INTRODUCTION

» Salut, puissante Folie, salut ! Ton empire
» s'étend chaque jour, tu es la souveraine du
» monde. Quelque part que la voile, gonflée par
» les vents, porte le voyageur, le meilleur, le
» plus sage ne peut t'échapper. »

PENROSE, *Flights of fancy*, page 15.

Ce sont là des paroles profondes, trop justifiées par les derniers événements. En vain le lâche optimisme de notre époque ferme les yeux à la lumière, et cherche à tromper sa conscience en niant le danger qui nous menace de toutes parts ; en vain il déguise son effroi sous le masque menteur d'une fausse confiance. L'autruche qui cache sa tête dans le sable, évite-t-elle la poursuite du chasseur ?

Pour remplir ses devoirs envers les hommes, il faut les envisager tels qu'ils sont, et non tels qu'on les désire. Le médecin qui se dévoue à son art sublime et se conforme avec scrupule à ses exigences, doit savoir que les sens ne sont point les esclaves aveugles de la pensée et de ses créations arbitraires, mais qu'ils ont une action spontanée, en harmonie ou en désaccord avec celle de l'âme. La véritable philanthropie reconnaît les conditions de la faiblesse humaine, sans perdre la confiance de son objet et dans sa perfection finale. C'est sous son inspiration, et sous l'impression des avertissements sévères prodigués à tout homme de bonne foi par les événements de ces deux dernières années, que j'ai choisi pour sujet de mes recherches, la cause des agitations de notre temps.

DÉVELOPPEMENT INTELLECTUEL ET MORAL DE L'HOMME.

La vie de l'homme, dans le monde, consiste à recevoir et à communiquer des impressions ; il les reçoit par les organes des sens, il les transmet par les organes du mouvement. Le passage d'un acte à l'autre se fait ou immédiatement, par réflexion, dans les mouvements instinctifs, ou bien par l'intermédiaire de la perception réelle (1). Celle-ci excite ou la sensibilité, ou le mouvement ; dans le premier cas, elle produit des sensations agréables ou désagréables, selon qu'elle contrarie ou qu'elle caresse le moi ; dans le second cas, elle préside à l'action, elle éveille les volitions, les penchants (2). Les causes des sensations et des idées qu'elles produisent sont ou en dehors du moi, ou dans le moi ; c'est par la perception de celles-ci, par les modifications du *sensorium* commun, que naissent les instincts, l'appétit vénérien et le besoin de nourriture (3). Elles consistent dans le sentiment d'une privation, et dans le besoin d'y porter remède.

Lorsque l'idée possède un certain degré de force, elle détermine l'activité. Cependant, il s'en faut de beaucoup que toute idée ait cette puissance de produire un acte correspondant. C'est que, par une prédisposition remarquable de notre intelligence, et par une loi semblable à celle qui règle les mouvements coordonnés des muscles, toute idée, en arrivant à la conscience, entraîne à sa suite une série d'autres idées, non seulement d'idées analogues à l'idée primitive, mais encore, d'après la loi de l'antagonisme, d'idées qui lui sont contraires ou qui en limitent la portée. De là naît une lutte intérieure, et, selon le mobile qui l'emporte, la volonté se détermine (4). Ce combat des mobiles contraires, et l'examen auquel le moi les soumet, c'est la réflexion, condition essentielle de toute liberté (5).

Il devient ainsi manifeste qu'il n'existe pas de liberté absolue, que toute liberté est relative. En effet, grâce à la lenteur de notre conception, quand une idée frappe vivement notre esprit, les idées contraires n'arrivent pas à temps, ou bien elles sont chassées après une courte agitation ; il n'y a pas d'examen, pas de réflexion ; la volonté agit sans règle et sans frein ; la responsabi-

(1) Griesinger. *Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten.* Stuttgart, 1845, § 14, p. 18 et 19.

(2) Griesinger, § 18, 19, p. 25. — Spinoza, *Éthique*, 3ᵉ part., ap. J. Müller, *Manuel de la physiologie.* Paris, 1845. t. II, p. 515 et suiv.

(3) *Ibid.*, p. 31.

(4) *Ibid.*, p. 35. — Müller, p. 501 et suiv.

(5) *Ibid.*, p. 36.

lité morale se trouve ainsi plus ou moins restreinte ou suspendue. Il faut par conséquent que tout homme qui tend à se rendre indépendant, exerce son intelligence à reproduire souvent les idées pour s'habituer à saisir en même temps les mobiles contraires. Un tel travail exige des efforts souvent répétés ; il contrarie ce penchant naturel qui porte le moi à se bercer dans des idées agréables, et qui, chez la plupart des hommes, substitue l'habitude au libre examen. C'est donc un devoir difficile à accomplir ; mais, quelque pénible qu'il puisse être, il n'en est pas moins par lui-même insuffisant. Il y a un devoir supérieur, que l'intérêt de la société impose à chaque individu : il faut que, dans le développement graduel de l'ensemble des idées qui constituent le moi, l'individu ne favorise pas celles qui lui sont personnellement agréables, aux dépens de celles qui rendent possible le maintien de la société ; il faut que l'éducation qu'il donne à son moi, ne porte pas préjudice à la société. Le premier devoir concerne le développement de l'esprit et s'adresse à l'intelligence ; le second concerne le caractère et forme une obligation morale. Celui-ci est la condition fondamentale de toute vie sociale et politique. Favoriser sans restriction et sans limite le moi individuel, c'est plonger la société dans une guerre universelle, l'État dans le chaos. Cette limite, c'est la morale, qui a pour expression irrécusable la loi.

Lorsqu'on examine ce qu'on peut appeler l'éducation du moi, on remarque que, dans son origine et son développement, il est sujet aux influences les plus variables et aux modifications les plus étendues. L'enfant, dès qu'il a traversé la première période d'imitation, acquiert le sentiment de sa personnalité ; il l'exprime par le mot *moi*. L'action de cette idée est encore purement égoïste ; la seule impulsion qui se manifeste est l'effort purement égoïste, qui consiste à étendre la main vers un objet. L'unique signe de l'impression perçue est : « Ceci est à moi ; je veux qu'il soit à moi. » C'est seulement par degrés que se manifestent la réflexion et le conflit des idées contraires, et comme l'instinct d'imitation est et reste chez l'enfant le levier le plus puissant, ce premier principe d'examen se fortifie par l'exemple, plus tard par l'éducation. L'enfant ne prend pas seulement, mais il donne encore, et donne ce qu'il aime, parce que le plaisir que lui procure tel ou tel objet est moins fort que l'amour qu'il éprouve pour la personne à laquelle il donne cet objet. C'est ainsi que l'homme s'élève par un progrès régulier, complet, au plus haut degré de son développement intellectuel et moral (1). Les idées s'accumulent dans l'esprit de l'enfant ; elles se

(1) *Voy.* Hecker, *Ueber Sympathie*, p. 8.

groupent et se coordonnent ; les délibérations de la conscience sont, il est vrai, soumises encore aux caprices du hasard ; mais alors commence le développement intellectuel.

Le soin le plus important de l'*éducation* est de reproduire, le plus souvent possible, dans l'esprit de l'enfant, les idées qui doivent être pour lui dans l'avenir les mobiles les plus salutaires. La puberté provoque une foule d'idées et de volitions nouvelles et inconnues, les premières luttes sérieuses de la conscience, les premières passions ; elle donne au moi un accroissement considérable. A partir de ce moment, les lois reconnaissent dans l'individu un certain degré de responsabilité ; l'Eglise indique, par le sacrement de la confirmation, ce premier commencement de la liberté morale. Cette responsabilité repose sur la puissance d'examen et de réflexion qui vient à se manifester dans le moi. Les épreuves de la vie se chargent de développer cette faculté ; plus les luttes sont fréquentes et difficiles, plus elles fortifient l'âme humaine ; plus il y a d'uniformité dans les décisions de la volonté, plus le caractère prend de fermeté et de consistance.

De là résulte que l'Etat, chargé de veiller au salut public, doit, dans l'intérêt de la société, restreindre et limiter la liberté de l'individu, en prévenir et en châtier les écarts, que dis-je ? *l'Etat a le droit et le devoir de surveiller l'éducation, car il ne suffit pas d'empêcher le mal, il faut aussi tourner au bien les volontés* (1). L'éducation n'est pas achevée avec les études proprement dites ; hors de l'école et du collège, l'Etat conserve son rôle, et son action devient plus directe. L'opinion publique, la morale, la loi, sont des barrières qui servent à contenir et à régulariser la marche de l'individu (2). Dans un Etat bien organisé, ce sont là trois expressions différentes d'une même idée ; c'est de l'opinion publique que relève la morale ; la morale trouve son expression dans la loi ; celle-ci a pour appui et pour garantie l'intérêt commun qu'elle sert elle-même à protéger et à défendre (3).

A bien considérer ce développement normal du moi, on reconnaît sans peine qu'il est soumis à des écarts qui aboutissent à un état morbide, et on comprend de quelle nature sont ces écarts qui forment le sujet de nos recherches.

Nous l'avons dit, la liberté morale absolue n'est que le but idéal de ce développement individuel ; nous avons essayé d'indiquer la marche que le moi suit pour y parvenir. Il s'agit maintenant de montrer par quelle voie l'homme s'en éloigne de

(1) Dahlmann, *Politik*, p. 281.
(2) *Ibid.*, p. 320.
(3) Ideler, *Seelenheilkunde*, t. II, p. 334.

plus en plus, jusqu'au point de perdre complètement la liberté. Pour qu'une action soit libre, deux conditions sont indispensables : 1° une association libre des idées qui rend possible l'examen des idées contraires : 2° une individualité assez forte pour faire triompher, par son assentiment, les idées avec lesquelles elle a le plus d'affinité, et pour écarter les autres. Pour en arriver là, nous l'avons dit, il faut du temps. Dans le cours de la vie, le moi subit des modifications essentielles ; après des luttes répétées, toujours décidées de la même manière, les idées qui ont toujours été rejetées par le moi, ne se montrent plus que rarement, leur action s'affaiblit, elles sortent même presque entièrement de la conscience ; alors le moi se trouve tout autre. Le changement s'opère brusquement lorsque les idées qui surgissent ont beaucoup de force, et que les actes qu'elles provoquent, modifient essentiellement les rapports de l'individu avec la société. La violence de la lutte, qui s'élève alors dans la conscience, est ressentie comme une forte pression. Le moi nouveau se trouve opposé à l'ancien moi, qu'il cherche à refouler, conflit pénible qui se termine par la victoire de l'un des combattants ou par leur complète assimilation. Après la lutte, les passions disparaissent ; l'individu peut de nouveau penser avec calme, et, sous bien des rapports, avec justesse ; mais dans la somme de ses idées, il manque un groupe, et ce groupe contraire exerce une souveraineté absolue sur toutes les décisions du moi.

Si, au contraire, les idées nouvelles, tout en modifiant le moi, ont de l'affinité avec les idées jusque-là prépondérantes dans l'intelligence de l'individu, il y a moins de résistance, moins de vivacité dans la lutte, moins de passion ; mais l'ancien moi se trouve d'autant plus complètement absorbé, qu'en se pénétrant par degré des idées nouvelles, il n'arrive jamais à une conscience nette et précise. Dans les deux cas, le résultat est le même : la même maladie mentale se produit, sans autres différences que celles de l'origine et du pronostic ; celui-ci est, dans le second cas, bien plus défavorable que dans le premier.

C'est surtout au début qu'il est difficile de distinguer cet état morbide de l'état normal ; les transitions sont souvent si imperceptibles, les écarts si insignifiants, si vagues, si passagers, la combinaison des idées qui ne sont point engagées dans la lutte, est tellement logique, qu'on éprouve des scrupules à diagnostiquer la folie (1). En effet, chez les hommes dont l'esprit a reçu

(1) Lelut, *Du démon de Socrate* ; *Recherches des analogies de la folie et de la raison*. Paris, 1836, p. 32 et suiv. — Marc, *De la Folie considérée dans ses rapports avec les questions médico-judiciaires*. Paris, 1840, 2 vol. in-8°, t. I, p. 10 et suiv.

une éducation « unilatérale », ne trouve-t-on pas des groupes isolés d'idées tellement prédominantes que les idées contraires n'ont point d'action ni de persistance pour les combattre ? Ne voit-on pas, par moment, même chez les hommes les plus réfléchis, naître les idées et les résolutions les plus singulières, qu'il est difficile de maîtriser ? Le criminel dont l'habitude a tellement modifié l'intelligence, que les idées de morale, de loi, de droits d'autrui, n'arrivent point à sa conscience au moment décisif, et qu'elles sont, pour ainsi dire, mortes en lui, le criminel sera-t-il justifié sous prétexte de folie ? Lui accordera-t-on l'impunité de ses actes ?

Mais, pour nous arrêter à la dernière objection, l'expérience nous apprend qu'il n'est pas d'homme assez complètement perverti, pour que les idées égoïstes anéantissent entièrement dans sa conscience les idées contraires ; chez ceux-là mêmes qui ont vieilli dans le crime, l'association des idées est encore active ; un souvenir qui s'éveille par hasard, suscite parfois dans l'âme un combat qui peut être décidé dans un sens ou dans l'autre (1). Au contraire, dans l'aliénation mentale, la disparition graduelle de certains groupes d'idées rend impossible la rectification des jugements faux, provoqués par les idées contraires ; celles-ci se fortifient, dans l'intelligence, de toute la masse des idées qui leur sont analogues ; elles deviennent ainsi une partie constitutive, intégrante du moi, et prennent une autorité sans limite et sans contrôle.

La *folie* est l'anéantissement de la conscience du moi et de ses rapports avec le non-moi : le fou présente ce caractère particulier que « le cours de ses pensées ne se laisse troubler par aucune contradiction intérieure ou extérieure (2) ». Il ne s'ensuit pas que la logique lui fasse toujours défaut ; car, tant que la faculté de penser subsiste, elle se conforme aux lois immuables qui ne disparaissent qu'avec elle. Mais qu'importe cette régularité d'une opération intellectuelle ? Quand une partie du corps est devenue le siège d'une inflammation, le sang afflue encore d'une manière normale, car la force vitale ne peut se manifester en dehors des voies qui lui sont irrévocablement tracées. Mais, peut-on appeler du nom de santé le cours régulier d'une maladie ? De même, un homme qui ne jouit pas de la plénitude de ses facultés intellectuelles, a-t-il l'esprit sain, parce qu'il cherche à appuyer ses idées fausses par les procédés réguliers de la logique ?

(*A suivre.*)

(1) Griesinger, p. 36.
(2) Herbert.

ÉTUDE CLINIQUE SUR LES TROUBLES INTELLECTUELS

DANS

L'ATAXIE LOCOMOTRICE PROGRESSIVE

Par Elie Gruet,

Docteur en médecine de la Faculté de Paris (1).

(Suite).

Observation II. — *Ataxie ; période d'état* ; *changements de caractère ; mélancolie simple* ; *apathie intellectuelle* ; *affaiblissement de la mémoire.*

Devaul... (Louise-Céline), modiste, 45 ans, née à Troyes (Aube). Salle Pinel, n° 23. Entrée le 12 mars 1878. Etait toute jeune lorsqu'elle a perdu ses parents ; ne peut nous fournir de renseignements sur leur santé.

Pas d'habitudes alcooliques. Pas de traces de syphilis. Bien réglée jusqu'en 1874, époque à laquelle elle a cessé d'avoir ses règles.

La maladie a commencé, il y a neuf ans, par des engourdissements aux membres inférieurs ; elle a éprouvé ensuite des douleurs en ceinture et des douleurs fulgurantes qui ont duré peu de temps ; les phénomènes douloureux ont du reste été très rares chez elle.

La malade a cessé de marcher, il y a environ cinq ans. Actuellement elle perd ses jambes dans son lit ; anesthésie et analgésie des membres inférieurs ; sensibilité à la température conservée ; pas d'ataxie des membres supérieurs ; pupilles normales ; douleurs sus-orbitaires ; sentiment de constriction au-dessus des tempes ; engourdissement dans la tête ; vertiges.

Ce qui frappe les personnes qui ont connu la malade, c'est le changement qui s'est opéré dans son caractère depuis trois ans environ. Elle était très gaie et très douce, même dans les premières années de sa maladie ; elle est devenue irritable et d'une tristesse invincible. Elle passe des journées entières sans dire un mot, immobile, les yeux fixés sur le même point. Incapable d'un effort intellectel même léger, elle ne peut plus lire, ce qu'elle

(1) Thèse de Paris, 1882.

aimait pourtant beaucoup autrefois. Elle s'irrite facilement et pleure pour un rien. Un jour qu'elle avait entendu la surveillante de salle nous dire qu'elle avait un caractère difficile, elle fut prise d'un accès de pleurs que nous eûmes toutes les peines du monde à calmer et qui se reproduisit du reste pendant plusieurs jours de suite. Elle se rappelle assez bien les faits récents, mais les souvenirs lointains sont confus chez elle ; pour sa maladie même, elle ne nous donne les renseignements que d'une façon toute approximative ; la mémoire semble donc affaiblie, surtout si l'on considère l'âge peu avancé de la malade.

Nous avons eu l'occasion d'observer un grand nombre de malades de ce genre, et nous ne pouvons oublier l'expression de tristesse peinte sur le visage de ces malheureux qui restent muets et immobiles pendant des journées entières.

L'ensemble des divers symptômes que nous venons d'énumérer nous paraît se rapporter assez bien à ce qui a été désigné par Ettmuller sous le nom de mélancolie sans délire, par Emroth sous le nom de mélancolie morale, et par M. L. Collin (du Val-de-Grâce) sous le nom de mélancolie simple. Cet état, dans son degré le plus accentué, se rapproche beaucoup de la lypémanie raisonnante d'Esquirol.

La mélancolie simple est du reste très fréquemment le début de la lypémanie, surtout quand elle est accompagnée de fausses sensations, comme dans le cas que nous citons. Nous en citerons un exemple qui, bien qu'absolument étranger à l'ataxie locomotrice, ne manque pas d'une certaine analogie avec le genre de faits que nous étudions. Il est emprunté à Darwin par M. Parchappe.

Un jeune fermier à qui, pendant un hiver rigoureux, on volait son bois, se cache sous une meule pour épier le voleur, et reste exposé au froid pendant plusieurs heures de la nuit. Une vieille femme survient, fait de ce bois un fagot, et, au moment où elle allait l'emporter, le fermier se saisit de la vieille et lui fait des menaces. Celle-ci s'agenouille sur le fagot, et levant les yeux vers le ciel, elle dit au fermier déjà tremblant de froid : « Que Dieu permette que jamais tu ne connaisses le bonheur d'avoir chaud. » Le lendemain, il se plaignit du froid et se revêtit d'une autre redingote, puis d'une autre encore quelques jours après ; au bout de quinze jours, il se mit au lit, toujours se plaignant que rien ne pouvait le réchauffer. Il se couvrit de plusieurs couvertures et se fit mettre un cri-

ble sur la figure. Cette fausse idée lui fit garder le lit pendant vingt ans de peur d'avoir froid, et à la fin, il mourut.

(*Ann. méd.-psych.*, t. III, p. 68.)

Michea, du reste, a bien indiqué l'influence que sont susceptibles d'exercer certains troubles de la sensibilité générale sur la pathogénie de certains délires. Et quand on songe à la fréquence de ces troubles de la sensibilité, dans l'ataxie locomotrice, on est étonné de la rareté relative des désordres intellectuels dans cette maladie.

L'*hyponchondrie* se montre aussi quelquefois dans le cours de l'ataxie locomotrice. Elle est cependant beaucoup plus rare qu'on ne pourrait le supposer tout d'abord.

L'observation suivante, que nous avons recueillie dans le service de M. Luys, nous offre un exemple d'hypochondrie liée à l'ataxie locomotrice.

Observation III.— *Ataxie ; période d'état ; hypochondrie dont le début a coïncidé avec la perte de la vue ; affaiblissement de la mémoire.*

Gaill... (Séraphine), 62 ans, couturière, entrée le 4 octobre, salle Pinel, n° 24.

Père épileptique, mère rhumatisante.

Etait bien réglée et jouissait d'une bonne santé habituelle. A eu deux enfants qui sont morts de convulsions, l'un à six mois, l'autre à trois mois. Pas d'antécédents syphilitiques, ni d'habitudes alcooliques.

Le début de la maladie remonte à dix-sept ans. Il a été marqué par une violente douleur en ceinture qui l'a prise subitement et n'a pas duré moins de douze heures. Pendant près d'un an, la malade est restée dans un calme à peu près complet et n'a rien ressenti, si ce n'est quelques engourdissements dans les jambes, principalement lorsqu'elle était restée longtemps assise. Un an juste après l'invasion de la première douleur en ceinture, elle a ressenti des douleurs fulgurantes dans les membres inférieurs.

En 1875, elle a perdu l'œil gauche en l'espace d'un mois et demi environ. En 1878, elle a remarqué que la vue faiblissait du côté droit ; elle voyait les objets comme à travers un brouillard ; cependant elle n'a perdu complètement la vue que depuis un an.

Etat actuel. La malade ne peut marcher qu'en se faisant aider; elle déjette fortement les jambes et frappe le sol du talon. La jambe gauche est plus faible que la droite. Perte du réflexe tendineux. Les différentes sensibilités sont toutes plus ou moins émoussées, surtout aux membres inférieurs. Sensation générale de froid, particulièrement marquée à la jambe gauche. Incoordination à peine appréciable aux membres supérieurs. Pas de phénomènes douloureux, si ce n'est quelques douleurs gastriques et vésicales, qui se montrent du reste très rarement. Pupilles dilatées.—*Etat mental.* Pas d'irritabilité. Insomnie ; rêves effrayants, cauchemar la réveillant en sursaut. N'avait pas présenté de modification notable dans son état mental avant l'époque où elle a perdu la vue. A cette époque, qui a été marquée par une exacerbation dans les phénomènes ataxiques, le caractère de la malade s'est assombri : sa santé est devenue son unique préoccupation. La surveillante de salle nous dit que c'est une vieille maniaque qui croit avoir toutes les maladies. Elle a, paraît-il, accusé les sensations les plus bizarres. Aujourd'hui, elle évite avec soin de remuer, parce qu'elle a, dit-elle, une poche d'eau dans le côté, qu'elle sent ballotter à chaque mouvement. Elle présente, en un mot, des tendances hypochondriaques très marquées.

Elle présente de plus un affaiblissement assez marqué de la mémoire.

L'hypochondrie, dans ce cas, a présenté ceci de spécial, c'est qu'elle s'est déclarée à l'occasion de la perte de la vue. Nous n'insistons pas sur ce point, car, à propos du diagnostic, nous verrons ce que peuvent présenter d'intéressant les rapports de l'ataxie locomotrice et de l'hypochondrie. Disons tout de suite cependant que, si on s'en rapporte au dire de Westphal, le début de la sclérose des cordons postérieurs serait quelquefois accompagné de manifestations hypochondriaques.

L'*affaiblissement de la mémoire* est, de tous les symptômes que nous étudions, le plus constant et le plus marqué. Nous le trouvons soit seul, accompagné des troubles légers que nous venons de décrire, soit enfin associé à des perturbations mentales plus graves comme nous le verrons dans le chapitre suivant. Il n'attend point, pour se manifester, que la maladie en soit à la période terminale, mais se montre à des époques plus ou moins avancées de la période d'état.

A ces divers troubles, viennent enfin s'adjoindre un *affaiblissement marqué de l'énergie mentale*, une profonde *apathie intellectuelle*, une sorte de *torpeur générale*. Ces symptômes,

constants à la période terminale, très fréquents à la fin de la période d'état, peuvent apparaître à une époque moins avancée de la maladie. Il est vrai qu'ici l'opium peut être très souvent incriminé. Cependant, nous avons observé ces phénomènes dans des cas où le morphinisme ne pouvait être mis en cause. Du reste, dans l'intoxication par l'opium, dans le thébaïsme en particulier, cet affaiblissement présente assez souvent certains caractères qui permettent d'en diagnostiquer la cause.

En terminant ce chapitre, nous tenons à signaler certains symptômes cérébraux et quelques phénomènes de sensibilité que nous trouvons cités, dans nos observations, à côté des troubles intellectuels.

En première ligne, citons les rêves, les cauchemars, qui sont fréquents chez les ataxiques et qui exercent une influence manifeste sur leur caractère. Il ne serait point surprenant que, dans la maladie qui nous occupe, ces rêves ne devinssent la cause de désordres intellectuels graves. Malheureusement toutes les observations que nous avons recueillies sont muettes à ce sujet. Cependant, comme l'a fort bien dit M. Luys, l'étude des rêves, considérée comme l'expression déréglée de l'activité des cellules cérébrales, renferme des données intéressantes au point de vue de la pathologie mentale, en général, et surtout de la pathogénie de certains délires.

Signalons enfin, comme symptômes cérébraux : les vertiges, la céphalalgie, puis la mydriase ou le myosis, que nous trouvons dans presque toutes les observations.

Reste enfin à déterminer la fréquence de ces troubles intellectuels. M. Topinard fixe la proportion à un dixième des cas. Cette proportion est peut-être juste en ce qui concerne les troubles qui relèvent de l'aliénation mentale proprement dite, mais elle nous semble un peu faible en ce qui a trait aux troubles légers que nous avons étudiés dans ce chapitre.

CHAPITRE II

De l'aliénation proprement dite.

Observation IV (Rey). — *Homme, 59 ans. Ataxie locomotrice; incoordination des mouvements, amaurose, troubles intellectuels consécutifs; marche progressive des accidents ataxiques; disparition complète du délire.*

Nev... (Jean), 59 ans, employé, né à Saulieu (Côte-d'Or), entré

le 19 septembre 1874, venant de l'hôpital Necker, atteint du délire des persécutions avec hallucinations. On lui faisait des misères, on l'empêchait de dormir. Il est ataxique et amaurotique.

A son entrée, le malade est agité. Il croit entendre ses parents et ses amis. On se moque de lui, on lui jette quelque chose à la figure. Il refuse de manger et de boire.

Cet état n'a duré qu'une quinzaine de jours, le délire a totalement disparu ; l'intelligence est intacte, ainsi que la mémoire. Nev... fournit lui-même les renseignements les plus exacts sur la maladie.

Pas d'antécédents héréditaires. Pas de maladies de l'enfance. Etant militaire, il a fait de fréquents excès de boisson, surtout en Afrique, où il buvait de l'absinthe. Il a fait aussi des excès de femmes. En 1846, il contracta la syphilis. Il a eu des accidents secondaires. En 1857, au Sénégal, il a eu des accès de fièvre pernicieuse et plusieurs attaques de rhumatisme articulaire. Pendant le siège, en 1871, chargé de diriger des travaux sur les fortifications, il est resté longtemps exposé à l'humidité. C'est vers cette époque que se sont montrés les premiers symptômes d'ataxie. Deux ans après, la vue a commencé à s'affaiblir graduellement et la cécité était complète peu de jours seulement avant l'entrée du malade à l'asile.

L'état mental était des plus satisfaisants, avant que le malade ait perdu la vue. C'est au moment même où la cécité a été complète, que le délire a éclaté, affectant la forme lypémaniaque. Il se croyait traduit devant un conseil de guerre, il assistait à toutes les phases d'un procès, il s'est entendu condamner à mort. On lui tirait des balles dans les jambes et dans les yeux. Il voyait ses pieds partagés à coups de hache. Il souffrait horriblement dans les parties ainsi mutilées. On lui faisait manger des excréments ; il en percevait l'odeur et le goût, quand on parvenait à lui faire prendre quelques aliments.

Cette période d'excitation n'a duré qu'une quinzaine de jours avec quelques intervalles de calme. Les troubles intellectuels ont disparu spontanément sans laisser aucune trace.

Mars. — Augmentation des douleurs, crises gastriques, bourdonnements d'oreilles incessants. L'intelligence et la mémoire restent intacts.

OBSERVATION V (Rey). — *Homme 40 ans. Ataxie locomotrice ; amaurose partielle ; accidents syphilitiques ; incoordination des mouvements ; troubles intellectuels ; affaiblissement des*

facultés et dépression mélancolique ; même état de l'ataxie ; l'état mental s'est amélioré.

Gil... (Pierre), 40 ans, sellier, né à Verne (Ille-et-Vilaine), entre le 23 juin 1875, atteint d'affaiblissement intellectuel, dépression mélancolique, idées et tentatives de suicide, découragement, etc.

Son frère, blessé pendant le siège, a été soigné à Sainte-Anne pour des accès de manie consécutive.

Notre malade affirme n'avoir jamais fait d'excès. Antécédents syphilitiques. Logement humide.

Le début de la maladie remonte à dix ans environ ; douleurs aux jambes. L'année suivante, affaiblissement de la vue.

Un matin, vers six heures, sans aucun signe précurseur, le malade a éprouvé à la gorge une sensation de chaleur et de constriction, avec aphonie. Depuis, la voix est affaiblie et nasonnée.

C'est peu de jours avant son entrée à Sainte-Anne qu'il a eu un accès de mélancolie avec impulsions violentes. Depuis quelque temps, il dormait mal, il s'irritait facilement.

Le malade a quelquefois des vertiges, des bouffées de chaleur vers la tête et de la céphalalgie.

Actuellement il est très calme. Il dort bien. Il ne présente d'autres troubles qu'un peu d'affaiblissement de l'intelligence et de la mémoire, de la sensiblerie ; il est irritable. Il a le souvenir de son accès de mélancolie, qu'il attribue au chagrin de se voir si longtemps malade, sans espoir de guérison, et de laisser sa femme sans ressources.

OBSERVATION VI (Rey). — *Homme 50 ans. Ataxie loc. ; période d'état ; troubles intellectuels consécutifs ; affaiblissement simple de l'intelligence et de la mémoire ; l'ataxie se généralise ; état stationnaire des troubles intellectuels.*

D... (Godefroy), 50 ans, entre à Sainte-Anne, le 8 octobre 1874, venant de la Charité. Il est atteint d'affaiblissement des facultés mentales avec confusion dans les idées.

Cet homme était maître-d'hôtel dans une maison bourgeoise. Il n'a fait d'excès d'aucune sorte. Pas d'antécédents héréditaires ; pas de maladies antérieures. Cependant, comme nous n'avons d'autres renseignements que ceux fournis par le malade, nous devons rester dans le doute à ce sujet.

En 1874, D... partit pour les Etats-Unis avec ses maîtres. Quelques mois après son arrivée, il eut des douleurs aux jambes,

d'abord limitées, assez faibles, qui augmentèrent bientôt et gagnèrent la totalité des membres inférieurs. Il avait en même temps de la céphalalgie et parfois des vertiges, la vue se troublait.

Après un an de séjour en Amérique, il revint à Paris. Les douleurs étaient plus vives, affectant particulièrement le côté droit. La marche s'embarrassant peu à peu, il dut quitter son service, et le 12 juin 1874, il entrait à la Charité.

Peu après son entrée à l'hôpital, les troubles intellectuels ont éclaté, caractérisés par un délire de persécution, hallucinations de la vue et de l'ouïe, crainte de l'empoisonnement, il voyait la sœur du service lui enfoncer un stylet dans les membres ; des animaux cherchaient à le mordre, on lui introduisait du poison dans la bouche. Cet état a nécessité son transfert à l'asile. Le malade ne s'est pas aperçu de ce changement, il n'en a pas conservé le souvenir.

Les douleurs siègent aux membres inférieurs, plus vives du côté droit ; elles sont à peu près continuelles avec des exacerbations la nuit. Crampes et fourmillements aux mains. Constrictions en ceinture. Affaiblissement de la vue ; les pupilles sont égales, très contractées. Les globes oculaires sont un peu saillants. Le malade est couché et ne peut marcher sans un aide. La marche est désordonnée, il déjette fortement les jambes ; ces troubles s'exagèrent pendant l'occlusion des paupières, et alors il perçoit mal la résistance du sol. Etant couché, il peut exécuter des mouvements assez étendus et avec une certaine vigueur, mais ils manquent de précision. Nous ne trouvons rien de particulier aux membres supérieurs.

La sensibilité générale et tactile est à peu près intacte, ainsi que la sensibilité olfactive et gustative ; l'excitation électro-musculaire provoque de la douleur et des contractions énergiques sur tous les points explorés. Les fonctions se font régulièrement, le pouls est normal, ainsi que la température. Les urines s'échappent involontairement ; elles ne contiennent ni albumine, ni sucre.

L'état mental est caractérisé par de l'affaiblissement des facultés. Il ne reste aucune trace des excitations survenues à la Charité.

Février 1875. Dans ces derniers temps, l'axtaxie a eu quelques manifestations nouvelles ; les douleurs se font sentir aux membres supérieurs ; elles sont très vives aux épaules, surtout à droite. Le malade éprouve dans les parties affectées une sensation de raideur. Les mouvements commandés manquent de

précision. La sensibilité générale et tactile n'est pas sensiblement altérée ; en outre, D... a eu quelques douleurs d'estomac et des vomissements bilieux.

L'état mental n'a pas changé.

OBSERVATION VII (Rey). — *Homme 43 ans. Ataxie loc. ; période d'état ; troubles intellectuels consécutifs ; lypémanie anxieuse ; amélioration parallèle des deux maladies.*

Wilph. (Adolphe), 43 ans, né à Kemfeld (Suisse), commis en librairie, entre le 31 décembre 1873, atteint de délire mélancolique avec hallucinations et idées confuses de persécution, tentatives de suicide, etc...

Ce malade s'est fait arrêter lui-même pour un crime imaginaire. Il est dans un accès de profonde mélancolie. Sa physionomie exprime l'inquiétude ; il ne cesse de s'agiter, il pousse des gémissements, tantôt s'accusant de faits impardonnables, tantôt se défendant d'accusations portées contre lui. Des voix l'insultent, le calomnient. Il se croit en prison. Malgré cet état délirant, la mémoire est intacte et nous obtenons du malade les renseignements suivants.

Son père avait de fréquents vertiges ; il s'est suicidé à la suite de mauvaises affaires. — Lui a eu la syphilis à 25 ans. Il a toujours été sujet aux maux de tête. Il se livrait ardemment à la masturbation dès l'âge de 7 ans. A 30 ans, il part pour Saint-Pétersbourg. C'est dans cette ville, après sept ans de séjour, que les premiers accidents ataxiques se sont manifestés par des picotements, des fourmillements, puis des douleurs fulgurantes aux membres inférieurs. Un peu plus tard, il a eu des crampes et des fourmillements à la face palmaire des mains. Sa vue s'est troublée. C'est un peu plus tard que la marche s'est embarrassée. A cette époque, Wilph. avait conservé ses habitudes de masturbation et, de plus, il voyait fréquemment des femmes. Au début de sa maladie spinale, rien ne pouvait le satisfaire.

Le malade revient à Paris, où il est depuis sept ans ; après quelque temps de repos dans sa famille, les symptômes ataxiques s'amendent et il peut entrer dans une importante librairie où il a été chargé de la correspondance étrangère jusqu'au mois de 1874, avec quelques rares interruptions.

Pendant la guerre, les douleurs s'étaient aggravées ; la marche était devenue plus difficile. Les rapprochements sexuels étaient accompagnés de sensations douloureuses. En juin 1874, il a dû

quitter son emploi. Il s'est fait soigner dans un établissement d'hydrothérapie, puis à l'hôpital Necker. A cette époque, Wilph. était déjà tourmenté par de prétendus actes d'improbité, il était privé de sommeil ; il a fait deux tentatives de suicide.

Voici une analyse sommaire de son état à son entrée à Sainte-Anne : douleurs vives, aux membres inférieurs principalement. — La vision est altérée de diverses manières ; quand il fixe un objet, ou cet objet lui paraît double ou les contours s'effacent, il prend des contours fantastiques, ou bien il change de coloration. Le soir, surtout, il voit des taches noires courir sur le sol ou papillonner dans l'air.

Les troubles de la motilité ne sont pas très accusés ; sensibilité cutanée intacte aux membres supérieurs et diminuée aux membres inférieurs ; sensibilité tactile conservée.

W... se dit toujours coupable des plus grands crimes. Il se croit en prison. Il prend ses compagnons de quartier pour des gens chargés de l'espionner. Dans l'un, il voit le commissaire de police, dans un autre l'exécuteur des hautes œuvres. Il nous croit nous-même attaché à la police et chargé de découvrir ses pensées à l'aide du thermomètre. On l'accuse d'avoir attenté aux jours de l'empereur de Russie ; on l'appelle Prussien. La nuit, il est en proie à l'insomnie. Des images noires passent devant ses yeux et se transforment sans cesse. Il voit quelquefois des animaux autour de son lit. Il entend des bruits confus, souvent on prononce son nom.

23 novembre. Le malade se plaint de maux de tête, siégeant à l'occiput. Il a eu quelques vertiges. Les bourdonnements d'oreilles persistent.

10 décembre. Il se plaint que les aliments ont un goût « narcotique » et trouve un mauvais goût à ses cigares. Du vinaigre très fort mis sur sa langue lui paraît être du vin blanc.

14 décembre. Nous trouvons le malade plus calme. Ses bourdonnements d'oreille ont cessé. Il n'a pas eu d'hallucination depuis deux jours. Cependant, il est encore inquiet : il s'attend à expier ses fautes. Les jours suivants, les symptômes ataxiques s'amendent sensiblement ; l'état mental a suivi une marche parallèle.

Wilp... sort dans cet état en mars 1885.

Observation VIII. (*Sur les troubles psychiques qui surviennent dans le cours de l'ataxie locomotrice, par Obeistener*, Wiener med Wochens, n° 30, 1875.)

A. B..., docteur en chimie, pharmacien.

Antécédents. La mère a souffert, dans ses dernières années, de mélancolie. Le malade lui-même a été très excentrique dans sa jeunesse ; il a essayé de s'empoisonner avec de la digitale. En 1864, à la suite d'un fort refroidissemeut, il eut des abcès et des furoncles aux jambes. Dans la nuit du jour de l'an de 1865-66, ayant fait de fortes libations, il éprouva un second refroidissement. Le lendemain, il lui sembla avoir un voile devant les yeux et il voyait double. Ces accidents disparurent bientôt. Quelque temps après, il ressentit des tiraillements dans les jambes (plus accentués et de plus longue durée dans la jambe droite) et cela à la suite de deux autres refroidissements qu'il avait attrapés, l'un à la sortie d'un bal, l'autre à un incendie, où il eut une grande frayeur.

Puis, se montrèrent des douleurs lancinantes qui furent particulièrement intenses dans les genoux.

La sensibilité diminua lentement et insensiblement, ainsi que la motilité, de sorte que le malade, en 1869, pouvait marcher assez bien, soit seul, soit soutenu. Mais quand il marchait, il lui semblait que le sol sur lequel il s'appuyait était mou et qu'il s'y enfonçait.

Son œil droit fut affecté d'un strabisme convergent avec diplopie.

Ces accidents ne s'aggravèrent pas dans les quatre dernières années.

Sa mère mourut en novembre 1873 ; aussitôt après cette mort, il eut des accès de folie furieuse et jusqu'à trois en un seul jour. Aux stades d'excitation succédaient des stades de dépression très grande.

Le 5 janvier 1874, on nous amène le malade à l'asile.

Son état intellectuel ne permet pas de faire, d'une manière satisfaisante, les recherches nécessaires. Au commencement de février, le malade tomba dans un état de somnolence, qui dura, presque sans interruption, jusqu'au mois d'août, c'est-à-dire six mois. Il restait couché sur son lit, comme s'il dormait d'un profond sommeil, sans dire un mot, sans faire un mouvement. La vessie était paralysée, et pour la vider il fallait comprimer la paroi abdominale. Il ne prenait aucune nourriture et comme il avait beaucoup de peine à avaler ce qu'on lui mettait dans la bouche, il fallut le nourrir exclusivement à la sonde œsophagienne. Les muscles étaient dans le relâchement et les bras élevés retombaient aussitôt. Il parut cependant qu'il se servait un peu de ses muscles, car, en entrant rapidement et doucement dans sa chambre, on pouvait le surprendre quelquefois, faisant

encore quelques mouvements. Durant tout cet intervalle, cet état de torpeur ne fut interrompu que rarement et pour peu de temps. Ainsi, par exemple, il se leva un jour brusquement sur son séant, donna un soufflet à son domestique et se rendormit tranquillement. Il donnait des signes de frayeur quand on produisait un bruit à côté de ses oreilles. Il maigrissait et s'affaiblissait beaucoup malgré la nourriture copieuse qu'on lui donnait : jusqu'à 12 œufs par jour ; enfin on considérait sa fin comme prochaine.

An commencement, on avait essayé les moyens thérapeutiques, mais en vain.

Au mois d'août 1874, il se produisit un changement. Le malade se mit à manger, prononça quelques paroles, mais était excitable au plus haut point, de telle sorte que la moindre des choses le faisait pleurer.

Au mois de septembre, il se produisit un état comateux semblable, qui dura plusieurs semaines. Enfin, au mois d'octobre, il s'accusa du mieux. Il mangeait, demandait (par signes) un livre, puis à fumer, mais sans dire un mot. Il serrait amicalement la main à ceux qui entraient dans sa chambre, riait très volontiers quand on plaisantait avec lui, montrait dans les bouquins et les journaux les endroits qui l'avaient intéressé, mais conservait un mutisme absolu.

Ce fut en janvier 1875 seulement qu'il prononça quelques mots, puis se mit à parler, répondit raisonnablement aux questions, mais soutint qu'il lui était impossible de dire pourquoi il n'avait ni mangé ni parlé. Peu à peu les détails de sa maladie lui revinrent plus clairement, et au milieu de février, époque à laquelle on le considéra comme ayant recouvré son intelligence, il put donner tous les détails sur sa maladie mentale, et principalement sur son sommeil de six mois.

Voici le résumé des impressions du malade pendant le cours de son sommeil.

Après la mort de sa mère, il lui avait semblé voir de l'acide sulfurique sur ses vêtements, et l'idée que sa mère s'était empoisonnée, lui avait fait perdre connaissance. Depuis ce temps, il n'était jamais revenu complètement à lui ; tout ce qu'il se rappelle, c'est d'avoir entendu un coup de feu le jour des funérailles, d'être tombé pour se relever aussitôt, et d'avoir ouï des gens qui disaient « il est fou » ; ensuite d'avoir cassé des vitres en criant qu'il était en enfer et qu'il avait besoin d'air. Il n'a aucun souvenir du voyage de Vienne à l'asile, mais il se rappelle être tombé bientôt dans le sommeil comateux. Alors, il

entendait des voix du ciel qui lui indiquaient ce qu'il avait à faire. Elles lui recommandaient de rester tranquille, sans faire un mouvement, ensuite ne manger que ce qu'on lui ferait avaler de force. « Je rougissais souvent d'obéir à ces voix, dit-il, et un jour que je refusais de boire d'un liquide, en disant que c'était un poison, elles me traitèrent de lâche. En même temps je voyais des formes nuageuses voltiger autour de moi ; une foule d'objets me furent ainsi représentés, et, en fin de compte, les formes et les voix ne furent plus qu'une seule et même chose.

Pendant des journées entières, passèrent ainsi devant moi les formes les plus variées ; un jour, je passai en revue tous les animaux de la zoologie, prenant le plus vif intérêt à tout cela et y absorbant toute mon attention. Quelquefois les voix parlaient si bas que je ne les comprenais pas ; d'autres fois elles arrivaient à mes oreilles comme l'écho d'une musique lointaine. J'avais toujours faim ; aussi voyais-je arriver avec plaisir le moment des repas ; je m'étais tellement habitué à ce monde idéal que j'eus toutes les peines du monde à m'en arracher. A l'époque où je lisais et où j'entendais rarement les voix, je ne savais pas bien s'il m'était permis de parler ou non. Quand je commençai à fumer, je remarquai le plus grand progrès, les voix cessèrent de se faire entendre. A présent mon esprit est complètement libre, et toute ma maladie m'apparaît comme un songe. »

Observation IX (Rey). — *Homme 44 ans. Ataxie locomotrice ; amaurose ; incoordination des mouvements ; troubles intellectuels consécutifs ; démence avec accès maniaques ; état stationnaire.*

Sal... (Jean), né à Corte (Corse), cantonnier, entré à Sainte-Anne le 27 mars 1865, atteint d'affaiblissement intellectuel et de la mémoire, incohérence, etc.

Habitudes alcooliques. A fait les campagnes de Crimée, d'Italie.

A son retour d'Italie, à l'âge de 36 à 37 ans, il s'est éveillé un matin ayant les jambes paralysées et ne pouvant quitter son lit. Transporté à l'hôpital du Gros-Caillou, il y a subi un traitement, puis a été envoyé dans une station thermale. Au bout de quelques mois, son état s'étant amélioré, il a pu être employé comme cantonnier. Mais il marchait difficilement et avait souvent des douleurs lancinantes aux membres inférieurs. Il y a trois mois sen-

lement que la vue commence à s'affaiblir. Au mois de décembre 1874, à l'hôpital de la Pitié, cet affaiblissement de la vision a fait de rapides progrès, et la cécité a été complète en peu de temps. Sorti de l'hôpital, il a reçu quelques soins dans sa maison ; c'est là que l'on a remarqué que ses idées étaient sans suite, qu'il perdait la mémoire, qu'il se livrait à des actes déraisonnables. On a dû le séquestrer.

A son entrée à l'asile, le malade présente l'état suivant : Douleurs aux membres supérieurs et inférieurs. Cécité complète. Papilles atrophiées. Station verticale et marche impossible sans un aide, incoordination peu marquée aux membres supérieurs. Sensibilité générale très émoussée aux membres inférieurs.

L'état mental est caractérisé par un état maniaque marqué au coin de l'affaiblissement intellectuel. Il parle constamment d'une façon inintelligible, il rit ou se fâche sans motif ; tantôt, il refuse de manger ; tantôt, il réclame impérieusement sa nourriture. Il veut se marier avec la sœur du service. Ses réponses sont incohérentes ; il n'a nulle conscience de sa situation. C'est avec peine qu'on arrive à attirer son attention sur ses impressions actuelles. Il ne paraît pas avoir d'hallucinations. Etant assis, il se balance constamment d'une façon grotesque ; il fait entendre une espèce de murmure, qu'il n'interrompt que pour crachoter.

Cet état n'a pas changé depuis que nous l'observons.

(*A suivre.*)



DES ATTRACTIONS MORBIDES DES ALIÉNÉS ENTRE EUX

Au point de vue du Mariage

Par J. Luys.

Tous les médecins qui ont passé une partie de leur vie, dans le monde des aliénés et des familles d'aliénés, ont noté certaines particularités sociales, en vertu desquelles, quelques familles d'aliénés inconsciemment se recherchent entre elles; et on voit, par exemple, un conjoint candidat à la Folie qui recherche un autre conjoint destiné à devenir aliéné, ou ayant déjà une tendance à dériver dans cette direction.

J'ai réuni ici quelques exemples de cette particularité étrange, lesquels m'ont passé sous les yeux. C'est un simple point d'appel pour les observations ultérieures; et à mesure que des faits nouveaux viendront se grouper, je ne doute pas que l'on ne soit surpris du nombre de ces attractions inconscientes, je ne dis pas de fous avérés qui se recherchent entre eux pour le mariage, mais au moins de fous en puissance dont la folie éclatera plus tard, (et suivant l'expression moderne), de dégénérés qui se sentent et s'appellent l'un l'autre (1).

Famille A. — Le mari atteint de paralysie générale après le mariage.

La femme atteinte de folie avait été traitée avant son mariage dans une maison de santé.

Famille B.— Le mari atteint de paralysie générale après le mariage.

La femme, faible d'esprit, débile, hypochondriaque. Un fils unique, caractère bizarre, n'ayant pas pu faire d'études régulières.

Famille C. — Le mari, caractère bizarre, hypochondriaque, faible d'esprit.

La femme, dégénérée, faible d'esprit, inconsciente de cer-

(1) Je laisse aux moralistes le soin de déterminer au point de vue de la race, la valeur morale que pourront avoir les produits éventuels de pareils facteurs.

tains actes qu'elle a commis pendant certains moments d'absence mentale, ne peut vivre qu'en maison de santé.

3 enfants dégénérés, incapables de faire quoi que ce soit ; fille caractère difficile, faible d'esprit.

Famille D. — Homme paralytique général après le mariage.

La femme ayant été traitée en maison de santé avant son mariage.

Pas d'enfants.

Famille E. — La femme atteinte de paralysie générale après le mariage.

Le mari halluciné persécuté, séquestré.

Famille F. — Le mari dégénéré, faible d'esprit, caractère vague.

La femme, petite microcéphale, hypochondriaque, excitation hystérique, tombée en démence.

Famille Israélite. La mère de la femme, caractère bizarre, difficile à vivre.

Famille G. — La femme faible d'esprit, hallucinée, idées de persécution, en maison de santé.

Le mari mort de paralysie générale.

Le fils unique, faible d'esprit, caractère vague, incapable de prendre une carrière sociale, malgré les ressources de sa famille.

Famille H. — Le mari, homme supérieur, grand musicien, a une sœur folle, séquestrée.

La femme, intelligente, mal équilibrée, devient folle, hallucinée démente, séquestrée. Fille névropathique atteinte de chorée du langage, famille Israélite.

Famille I. — Le mari, artiste de talent, faible d'esprit, caractère indécis, fluctuant.

La femme, veuve hystérique, hallucinée, délire de persécution, séquestrée, démence consécutive, un de ses frères s'est suicidé, le premier mari de cette dame s'est suicidé.

Fils mélancolique, caractère bizarre.

2 filles névropathiques.

Famille J. — Le mari, alcoolique, paralytique général.

La femme issue d'une ancienne famille dont les rejetons sont dégénérés, est hallucinée et elle s'est suicidée. Une

sœur est folle, imbécile, hystérique et polysarcique, un frère faible d'esprit, sans caractère, a été séquestré; un autre frère est un homme distingué comme intelligence, mais sans énergie morale. Union stérile

Famille K. — Le mari, mort paralytique général, alcoolique. La femme, hystérique, a fait plusieurs séjours prolongés en maison de santé, pas d'enfants.

Famille L.— Le mari, paralytique général, s'est marié deux fois et ses deux femmes étaient atteintes de maladie mentale. La première était hallucinée, maniaque, la seconde était hystérique aux crises convulsives et accès d'excitation.

Famille M.— Le mari faible d'esprit, sans énergie mentale, semi-imbécile.

La femme névropathique, altière, loquace, suractivité mentale compensative, malmenait son mari.

Fils issu de cette union, alcoolique, imbécile, dément.

Famille N.— Le père faible d'esprit, parlant toujours à voix basse, hébété.

La mère folle par accès, séquestrée, n'ayant pas de suite dans la conversation, démence partielle, silencieuse, parlant à peine. Fils dégénéré, polysarcique, imbécile.



UN CAS D'AFFECTION DE LA MOELLE ALLONGÉE

AVEC PARALYSIE DES NERFS CRANIENS ET TERMINÉE PAR LA GUÉRISON

d'après le Dr Openkowsky,

Professeur titulaire à la Faculté de Médecine de Charkow (Russie).

Observation. — Le 12 janvier 1893 est entrée dans le service du Professeur Openkowsky, la nommée F. K.....a. Elle avait des tremblements dans les membres inférieurs et pouvait à peine marcher, elle se plaignait en outre des douleurs qui paraissaient se limiter aux muscles de la nuque et du cou. En même temps, elle éprouvait de l'embarras de la parole. La déglutition et les mouvements de la langue étaient également difficiles. L'intelligence normale. Le moral un peu déprimé à cause des souffrances et de l'appréhension de la mort.

La constitution est normale ; la taille moyenne ; le squelette et la musculature bien développés. La tête est un peu inclinée en arrière, mais ne peut pas se renverser complètement, à cause de la sensibilité douloureuse des vertèbres cervicales.

Les mouvements de latéralité sont également limités. Les rides de la moitié *droite* du front sont effacées. Le sourcil *droit* et la paupière supérieure du même côté sont abaissés. Les mouvements du globe oculaire *droit* sont gênés, surtout lorsque la malade veut regarder en haut et en dehors. Il en est de même pour le globe gauche, quoique d'une manière moins prononcée. Parésie d'accommodation de l'œil *droit*. Accommodation normale du côté gauche. Les deux yeux sont myopes (1/14). Acuité visuelle normale (20/30). Pupille *droite* dilatée. Diplopie à petite distance (1 1/2 mètre) ; vision normale à grande distance. Légère dyschromatopsie ; à l'examen ophthalmoscopique on constate la congestion des veines de la rétine *droite*. Pli naso-labial *droit* effacé. Le visage garde une expression larmoyante et étonnée. La bouche reste légèrement ouverte, la salive s'écoule des coins des lèvres. Ces dernières sont minces et ridées. La malade tire très difficilement la langue, qui est flasque, atone et animée de contractions vermiformes. Le pilier antérieur *droit* du voile du palais ainsi que la luette du même côté sont notablement abaissés.

La parole est embarrassée et peu distincte. La malade prononce difficilement les mots dans lesquels entrent des lettres à la prononciation desquelles concourent la langue et les lèvres. La déglutition est difficile. L'excitation avec un courant faradique du

facial amène la diminution de l'excitabilité des muscles du côté *droit* de la face. Les contractions sont lentes, vermiformes, tandis que du côté gauche elles sont rapides et normales. L'ouïe, l'odorat et le goût sont abolis à *droite*. Toute la moitié *droite* du corps est anesthésiée ; la perception de la température, le sens du tact sont diminués de ce côté. Les réflexes tendineux cutanés et vasomoteurs sont exagérés à *droite*. La malade, étant couchée, soulève difficilement les extrémités *droites*. Les membres supérieurs et inférieurs, une fois soulevés, sont animés de tremblements plus prononcés à *droite*. Elle ne peut plus écrire. Elle ne peut pas marcher sans être soutenue ; la démarche présente tous les caractères qu'on observe dans la *titubation cérébelleuse*. La malade tombe aussitôt qu'elle ferme les yeux.

La cage thoracique est régulière. La respiration est précipitée, superficielle et présente le type thoracique supérieur (36 respirations à la minute). La percussion et l'auscultation des poumons et des autres organes ne donnent aucun signe pathognomonique. Pouls 92, modérément plein. Excitabilité réflexe du système nerveux très grande ; le moindre mouvement, la moindre émotion accélèrent le pouls et le rythme respiratoire. La température intérieure du corps (température rectale) = 36°8. L'urine, tant à sa quantité qu'à ses caractères physiques, ne présente rien d'anormal.

Cette femme est âgée de 36 ans. Elle paraît intelligente et donne des renseignements avec beaucoup de lucidité et de bon sens. Ses parents et ses collatéraux sont bien portants. Elle a été réglée à 14 ans. Mariée à 18 ans à un homme bien portant, sans aucune tare. Nullipare. Pas d'excès vénérien, ni alcoolique. Pas de syphilis. Point de mouvements émotionnels particuliers. Ce n'est qu'au commencement du mois de mai de l'année 1892 qu'elle perdit soudainement connaissance. Après avoir recouvré ses sens elle s'était aperçue des troubles que nous avons décrits à l'instant. Elle entra à l'hôpital, y resta deux mois et sortit tout à fait rétablie. Mais le 12 janvier 1893, en voyant le feu dans son appartement, elle fut prise d'une nouvelle crise ; elle perdit connaissance, comme pour la première fois, et revint à elle non sans avoir constaté les mêmes accidents que 8 mois avant. Elle rentre donc à l'hôpital pour la deuxième fois.

La malade reste dans le service jusqu'au 20 mars 1893 en s'acheminant lentement mais visiblement vers la guérison. Le nombre de battements artériels et de mouvements respiratoires diminue et retombe au mois de février, à la normale. Les troubles de déglutition et de mouvements de la langue disparaissent plu-

tôt, deux semaines après son entrée à l'hôpital. A la même époque la malade commence à entendre bien de l'oreille droite. Les mouvements des globes oculaires devinrent normaux. La diplopie disparaît six semaines après son entrée. Le ptosis s'atténua d'abord, puis augmente pour s'atténuer de nouveau sans toutefois disparaître tout à fait. L'hémianesthésie disparait (de haut en bas) au milieu du mois de février. Le goût et l'odorat recouvrent leurs qualités normales dans la moitié droite de la langue et du nez.

Les troubles moteurs ont mis plus de temps à disparaître ; à un certain degré, ils ont même un peu persisté. Les plis du front et de lajoue se dessinent au commencement du mois de mars. Les tremblements des mains cessent également, et la malade peut dès lors écrire très convenablement. Les muscles de la nuque et ducou reprirent leur libre jeu. Les réflexes tendineux sont restés tant soit peu exagérés. Les tremblements des pieds et les vertiges n'ont pas complètement disparu chez la malade pendant la marche. La démarche, quoique très améliorée, n'en conserva pas moins quelque trace de titubation et de manque d'équilibre. C'est dans cet état, en somme assez satisfaisant, que la malade, sur ses instances réitérées, quitta l'hôpital (1).

Discussion. — Il résulte, comme nous le voyons, de l'observation très soigneusement prise par le Prof. Openkowsky, qu'on a eu affaire à la paralysie de presque tous les nerfs crâniens, nous disons presque, car le nerf optique en est indemne. Cette affection, tout en étant bilatérale, était pourtant plus prononcée à droite, comme cela résulte de l'observation de l'auteur. La participation des extrémités supérieures et inférieures est hors de doute et est également plus prononcée à droite qu'à gauche. Il serait difficile de supposer dans ce cas extrêmement curieux une pseudo-paralysie bulbaire, car il y eut d'abord paralysie du larynx et ensuite paralysie du facial supérieur avec altération de la réaction électrique normale (faradique) de ce nerf.

On pourrait penser à la rigueur à une lésion unilatérale de l'écorce, compliquée de lésions des nerfs bulbaires venant du pont de Varole et de la moelle allongée. Cette supposition trouve quelque confirmation dans la description des troubles observés chez la malade, mais cette interprétation n'est pas exempte de doute, étant donné la paralysie des nerfs moteurs et autres phénomènes concomitants.

(1) Le Professeur Openkowsky ne nous communique pas le traitement qu'il avait fait subir à sa malade. Note du Réd.

Ne pourrait-on pas admettre une hémorrhagie diffuse, laquelle, grâce à une distribution particulière, eût pu donner lieu à l'ensemble de troubles observés ?

Le caractère symétrique de troubles, quoique plus prononcés à droite qu'à gauche, plaide en faveur de l'existence d'un foyer unique. Il est pourtant plausible qu'une hémorrhagie abondante et diffuse à la base du cerveau puisse constituer le foyer en question et expliquer jusqu'à un certain point les troubles observés, mais cette hypothèse, si séduisante qu'elle nous paraisse à première vue, doit encore être rejetée, car elle est absolument incompatible avec la durée de la maladie et surtout, avec sa guérison.

Il faut donc chercher un autre facteur étiologique pouvant nous mettre sur la voie de la pathogénie de cette singulière forme d'affection bulbaire.

Il faut évidemment trouver un agent *unique*, lequel, après avoir frappé la protubérance et le bulbe, aurait intéressé d'une façon *inégale*, à droite et à gauche, différents noyaux, lieu d'origine réelle de nerfs crâniens.

Il nous semble avoir compris la pensée du professeur Openkowsky, car il attribue précisément la cause de l'affection à une embolie ou à une thrombose probable, qui seules paraissent réunir les conditions nécessaires à la réalisation de ce type clinique.

Quoique les bruits du cœur fussent purs, au moment de l'examen de la malade, ce fait n'en exclut pas moins la possibilité d'une embolie, vu la soudaineté de l'explosion des troubles multiples. Ce qui nous paraît, à notre avis, plus difficile à expliquer, et ce qu'il importe à savoir, c'est la détermination exacte de la localisation finale de cette embolie.

Le Prof. Openkowsky croit que l'embolie est venue boucher une des artères vertébrales. En effet, étant donné l'inégalité des troubles des deux côtés du corps, il faudrait tout d'abord exclure le tronc basilaire. Nous nous rattachons d'autant plus à cette opinion, qu'en définitive, comme on a pu le voir, l'irrigation par le sang des centres bulbaires, ne put cesser complètement, attendu qu'une pareille éventualité aurait rendu les lésions irrémédiables et aurait même pu occasionner la mort. Il n'y a eu évidemment que diminution d'irrigation, diminution plus prononcée à droite qu'à gauche. Si, d'autre part, on veut bien avoir présent à l'esprit, que l'embolie, avec la formation ultérieure d'un bouchon de thrombose, ayant pénétré dans la vertébrale droite et s'y étant pour ainsi dire enkystée, empêche la circula-

tion dans les artères terminales venant de cette vertébrale et du côté droit du tronc basilaire, et si on songe encore que la circulation se fait librement ou à peu près dans la vertébrale gauche et dans toutes les branches venant du tronc basilaire à gauche, il devient évident que tous les noyaux du côté droit se trouveront dans des conditions moins avantageuses de nutrition que ceux du côté gauche de la protubérance et du bulbe. L'interprétation clinique des troubles est dès lors facile.

Le beau travail de Duret nous enseigne que les artères nourricières des noyaux de la XIIe, XIe paire et du facial inférieur prennent naissance dans la spinale antérieure, laquelle dérive de son côté des vertébrales. Un deuxième groupe d'artères pour les nerfs pneumogastrique, glosso-pharyngien et auditif, prennent naissance au niveau de la formation du tronc basilaire par les vertébrales. Un troisième groupe dérive du tronc basilaire même et nourrit les noyaux de l'abducens (VIe paire), du facial supérieur, du trijumeau, du moteur commun et du pathétique. Tous ces rapports vasculaires confirment pleinement la façon de voir du Prof. Openkowsky, si l'on songe encore que la nutrition des olives, des pyramides, des corps restiformes et de la taille choroïdienne du 4e ventricule se fait grâce aux rameaux artériels venant de l'artère cérébelleuse inférieure et que les trois artères cérébelleuses viennent du tronc basilaire.

Si, de plus, nous voulons bien admettre que l'embolie se trouve dans l'artère vertébralé droite et au-dessous de l'émergence de la spinale antérieure, la lésion de tous les noyaux en question et dans un degré inégal, deviendra compréhensible, et ce qui est le plus clair, nous pourrons expliquer les troubles paralytiques des extrémités par le fonctionnement imparfait des pyramides. De même, seront expliqués par le manque de nutrition du cervelet, la perte du sens, de l'équilibre, les vertiges et la démarche particulière de la malade (titubation cérébelleuse).

Il résulte encore du travail de Duret ce fait anatomique que les artères radiculaires qui fournissent le sang aux racines nerveuses dérivent de la vertébrale, du tronc basilaire et de la sylvienne (cérébrale moyenne). Or, ces artères s'anastomosent avec le système capillaire des noyaux. Ainsi donc, il se produit une circulation latérale. Ceci est de la plus haute importance, car ce fait explique la vitalité des noyaux, malgré les difficultés qu'éprouve leur circulation régulière, ces derniers recevant encore assez de sang pour ne pas s'ischémier jusqu'à la mortification de la substance cérébrale.

Ainsi, comme nous le voyons, la guérison presque complète

survint, à part quelques troubles de la marche, quelque exagération de certains réflexes tendineux et une légère persistance du ptosis.

Ce résultat aussi favorable dans une affection tellement grave qu'est l'affection bulbaire est possible si l'on veut admettre que l'embolie n'empêchait pas trop la circulation du sang.

Le ptosis qui survint encore une fois peut être expliqué soit par l'arrivée d'une petite masse détachée de l'embolie principale dans le noyau de la 3e paire, soit par l'impossibilité où se trouvait ce dernier de se rétablir à cause de la sensibilité particulière que possède ce noyau pour les troubles de nutrition. L'exagération persistante des réflexes tendineux démontre que les troubles de nutrition des pyramides ont pu amener la sclérose latérale plus ou moins localisée, comme ceci est arrivé dans un cas cité par Lichtstein (V. Œuvres de Charcot), après la paralysie bulbaire apoplectiforme.

Après tout, il n'est pas étonnant que, dans les troubles persistants de circulation des pyramides, ces dernières puissent subir assez vite la dégénérescence scléreuse par exemple, car encore, d'après les travaux de Duret, les branches qui irriguent les pyramides ne s'anastomosent point avec les artères radiculaires. Aussi les pyramides n'ont pas la ressource que possèdent, comme nous l'avons vu, certains noyaux.

Enfin, quant aux vertiges et aux troubles de la marche qui ont légèrement persisté, ceux-ci peuvent être expliqués par la nutrition insuffisante que le cervelet et les corps résiformes recevaient de leurs artères.

NATANSON.

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères, place Saint-André, 3.
Maison spéciale pour Journaux et Revues.



ANNALES

DE PSYCHIATRIE

ET

D'HYPNOLOGIE

INFLUENCE DES TROUBLES FONCTIONNELS

DES

PLEXUS NERVEUX PÉRIPHÉRIQUES

SUR LES PHÉNOMÈNES DE L'ACTIVITÉ MENTALE

Par J. Luys.

Tous les médecins savent les rapports intimes qui relient les expansions nerveuses périphériques au fonctionnement régulier des régions psychiques, et l'importance considérable que leurs lésions, leurs endolorissements amènent sur le sensorium.

C'est là une vérité banale que tous les neurologistes connaissent et j'en suis tellement convaincu, que j'ai ouvert un chapitre à part dans mon ouvrage sur l'Etiologie de la Folie (1), sur la genèse de ces dernières espèces de Folies qui dérivent d'une irritation primitive des nerfs périphériques, soit sensitifs; soit viscéraux, soit sensoriels, lesquels associent à distance à leurs endolorissements les régions de l'activité mentale, lesquelles se mettent en branle spontanément, automatiquement, suivant les conditions organiques qui les lient les uns avec les autres. C'est fatalement le rayonnement centripète normal qui devient alors un rayonnement morbide qui perturbe les activités physiologiques.

(1) Luys. Le traitement de la Folie.

Je me contente pour le moment d'apporter quelques faits nouveaux en faveur de cette manière de voir, destinés à corroborer les faits acquis déjà dans la science sur cette intéressante question et à lui servir de matériaux nouveaux.

I. — Il y a des cas dans lesquels une irritation violente de certains nerfs périphériques, le nerf sous-orbitaire par exemple, détermine une répercussion mentale simultanée, et par suite des troubles des facultés qui apparaissent et disparaissent avec l'accès névralgique. Le docteur Laquer (de Francfort) (1) a communiqué au Congrès des neurologistes des cas de ce genre, dans une note intitulée : *Phénomènes cérébraux pendant les douleurs violentes.*

Il a observé, dit-il, un mécanicien de chemin de fer qui, pendant des accès de névralgie sus-orbitaire, était pris de délire pendant lequel il divaguait sur les faits du service. Le délire disparaissait après chaque crise névralgique.— Dans un autre cas observé par M. Laquer, il s'agit d'une hystérique de 20 ans qui, pendant un accès de névralgie faciale, fut prise de délire pendant lequel elle parlait avec terreur des médecins de sa ville. Le délire survenait à chaque accès, dont la malade ne gardait aucun souvenir.—Enfin, chez un homme de 27 ans on a constaté, après un accès de névralgie sus-orbitaire, l'existence de troubles aphasiques et d'une hémi-hyperesthésie du côté opposé.

Pour M. Laquer; les phénomènes en question seraient provoqués par l'irradiation de la douleur.

II. — Dans d'autres cas, on a vu le délire éclater à la suite de l'opération de la cataracte (2) ; le Dr G. Martin a appelé l'attention sur ce sujet : — A la suite d'un traumatisme oculaire, dit-il, et en particulier de l'opération de la cataracte, il n'est pas rare de voir les malades refuser plus ou moins aliments et boissons, puis être en proie à un assez violent délire d'actions et de paroles qui poussent le sujet à se lever, à se dépenser, il se complique parfois d'hallucinations et compromet presque toujours les résultats de l'intervention chirurgicale. Cela ne se produit que chez les gens (même non alcooliques) qui sont privés d'alcool : l'administration de cet excitant prévient le délire même chez des personnes qui en avaient été précédemment atteintes pour d'autres opérations semblables.

(1) Congrès des neurologistes Allemands à Baden, 1894.

(2) Sur le délire consécutif à l'opération de la cataracte. G. Martin. *Journal de médecine de Bordeaux*, nos 15, 16, 17, 18, 1894.

III. — J'ai rapporté dans mes premières recherches sur l'anatomie et les maladies du système nerveux des cas analogues relatifs à l'influence de la perte de la vue sur l'intégrité des fonctions mentales, et en particulier j'ai cité un cas excessivement remarquable dû à Bouisson, de Montpellier (1), et relatif à un sujet devenu aveugle et en même temps frappé de troubles des facultés mentales. Perte de la mémoire, incohérence. — Il s'agissait d'une cataracte double. Bouisson eut l'heureuse idée d'opérer ce malade, et quelque temps après cette opération, de constater qu'il avait récupéré l'exercice régulier de ses facultés et était apte à gagner sa vie.

Cette observation a été communiquée à l'Académie de Médecine (2). « L'opération fut faite par abaissement sur les deux yeux, dit l'auteur ; le dixième jour l'appareil fut enlevé et aussitôt le malade s'écria : J'y vois ! Ce fut, ajoute Bouisson, la première parole raisonnable qu'il eût encore prononcée. A mesure que la vue se fortifiait, il devenait en même temps plus docile — la mémoire reparaissait, le cercle des idées s'élargissait ; il put donner bientôt quelques informations sur son état antérieur et se souvenir qu'il avait perdu la vue depuis trois ans. Un mois et demi après l'opération il put regagner son domicile et pourvoir à son existence.

Dumont a noté chez les aveugles des troubles portant sur les facultés mentales (3). Sur 120 aveugles, dit-il, en laissant de côté ceux qui sont atteints de lésions cérébrales appréciables, il y en a 27 avec des désordres intellectuels variant depuis l'hypochondrie jusqu'à la manie avec hallucinations et démence.

Les impressions optiques ne sont pas seules à troubler les phénomènes psychiques lorsqu'elles cessent d'envoyer au sensorium le contingent de leurs incitations habituelles.

Les faits observés par Michea semblent pareillement démontrer que la disparition des impressions sensitives et tactiles peuvent déterminer des troubles non seulement dans l'harmonie du caractère, mais encore des conceptions délirantes appropriées. Ainsi, il résulte de certaines observations citées par cet auteur que les individus frappés d'analgésie ou d'anes-

(1) Luys. Recherches sur le système nerveux, p. 556, 1865.

(2) Séance du 8 octobre 1860.

(3) Dumont. Influence de la cécité sur les fonctions intellectuelles. — *Moniteur des hôpitaux*, 1857.

(4) Michea. De l'anesthésie de la douleur dans l'aliénation et de son influence pathogénique sur certains modes de délires partiels. (*Gaz. hebdom.*, 1884, p. 719.)

thésie se disaient morts des pieds à la tête, parce qu'ils étaient analgésiques sur certains points du tégument cutané ;— d'autres se croyaient transformés en objets imaginaires. Marcé rapporte le fait d'un monomane sans cesse tourmenté par la crainte de voir adhérer à ses doigts des aiguilles, des épingles, ou d'autres corps de petit volume ; aussi examinait-il ses mains à chaque instant du jour. J'ai constaté, ajoute Marcé, par des examens réitérés qu'il y avait *anesthésie complète de la main* et que ce fait n'était pas sans influence sur les productions des idées délirantes et de certains actes qui s'y rattachent (1).

IV. — Chez les anciens amputés, lorsque la perte d'un membre important vient à priver le cerveau d'un fort contingent habituel d'impressions sensivives et de sensibilité musculaire, il fait, à la longue, par radiation centripète, des atrophies, des dégénérescences dans les régions cérébrales de réception normale de ces mêmes impressions — et alors il résulte de ces processus atrophiques des répercussions fatales — qui se manifestent, soit par des troubles psychiques ou des troubles du caractère — qui se révèlent par des accès d'irritation plus ou moins véhémente pouvant aller jusqu'à des crises de colères continues (2).

V. — Dans le même ordre d'idée (3), Hallopeau a présenté à la Société de dermatologie un malade qui offrait un état morbide constitué par de vives sensations prurigineuses, s'exerçant par accès, dans les parties velues du corps. Elles s'accompagnaient d'une *vésanie*, dit-il, qui le forçait à chercher un soulagement en arrachant les poils des régions où elles se produisent; c'est ce qui a fait donner à cette affection son nom mérité de *trichotillomanie*.

Il s'agit bien là d'une irritation d'origine périphérique, car ni les téguments, ni les poils ne présentaient des modifications spéciales appréciables.

Suivant Fournier, il y a des trichotillomanies partielles ; et il a observé ainsi ce fait singulier chez un homme qui s'épilait ainsi le sourcil. Pour Besnier, la trachotillomanie est à rap-

(1) Marcé. Des altérations de la sensibilité. Thèse d'agrégation, 1860, p. 38.

(2) On peut juger de l'état du cerveau d'un amputé du bras, sur une planche photographique que j'ai exposée dans un cadre spécial à la suite des séances de l'Académie de médecine.

(3) Société de dermatologie et de syphilographie, 10 mai 1894.

procher de l'onychophagie, et très souvent comme elle héréditaire.

VI. — Les plexus nerveux des organes génitaux de l'un et l'autre sexe qui pendant les périodes actives de la vie, ont à l'état physiologique un retentissement si puissant sur les régions mentales de l'être humain, ne sont pas, eux aussi, lorsqu'ils sont endoloris, moins aptes à provoquer des sollicitations sympathiques, dans la vie psychique et à donner naissance à des désordres congénères. L'histoire pathologique de ces troubles d'origine centripète ne fait que de s'esquisser, les cas sont fréquents: l'hystérie avec toutes ses modalités n'est-elle pas là pour nous prouver la réalité de ces connexions mystérieuses?

Je ne fais que de signaler ce point de vue spécial qui la plupart du temps est *le vrai* lorsqu'il s'agit de l'hystérie et dont on a tant dévié la véritable origine dans les dernières années.

J'ai déjà dans ce journal abordé la question et, dès 1893, j'ai touché certains points en montrant qu'il existait des cas de folies symphatiques consécutives à certaines opérations gynécologiques (1).

J'apporte actuellement sept cas d'hystéro-épilepsie guéris à la suite d'une opération gynécologique, par Marion Sims (jeune) (2), dont cinq ont porté sur les annexes (ablation). La longue durée des accidents nerveux (7 ans dans un cas) permet de bien augurer pour une guérison définitive.

Je cite encore un travail du D[r] Rouby (3), sur la guérison simultanée d'affections mentales et chirurgicales ; il émet les réflexions suivantes :

« Il arrive fréquemment, dit-il, que des aliénés se trouvent atteints d'une autre affection, considérée comme la cause de leur état mental ; le plus souvent, ce sont des maladies internes, intéressant les voies digestives, ou divers organes.

Mais quelquefois aussi, bien que plus rarement, on observe des affections chirurgicales survenant, soit avant, soit après le début de la folie, et ayant une relation directe avec l'évolution de celle-ci, de telle sorte que la guérison de la maladie chirurgicale amène ou paraît amener la guérison de la mala-

(1) Luys. — *Annales de Psychiatrie et d'Hypnologie*, 1893, p. 170.
(2) *Medical Record*, 27 mai 1894.
(3) *Moniteur de l'Hygiène publique*, février 1895.

die mentale. Je ne veux pas dire que les choses se passent toujours ainsi; rien n'est plus fréquent que les plaies et les bosses des aliénés, qui restent néanmoins incurables.

Mais pourtant, il m'est arrivé d'avoir à traiter des aliénés chirurgicaux, chez lesquels une guérison complète et simultanée a été obtenue : une ulcération du col de la matrice, un rétrécissement uréthral, un abcès avec nécrose d'une phalangette du pied, enfin, un anthrax du front, telles sont les affections variées dont je vais relater les observations et dont la cure amena la guérison de la maladie mentale, avec ce caractère remarquable que (lorsque chez beaucoup de nos malades renvoyés guéris, les rechutes sont fréquentes et souvent à bref délai), chez nos quatre sujets, au contraire, la guérison s'est maintenue jusqu'à ce jour, bien que les faits que je vais exposer se soient passés, chez quelques-uns d'entre eux, depuis un grand nombre d'années. »

Il cite, à l'appui de son dire, deux observations concordantes.

Dans l'une, il s'agit d'un cas de manie aiguë — avec ulcérations du col de l'utérus et pertes blanches abondantes. Cautérisations : guérison de la métrite et de la manie simultanément.

Dans l'autre, c'est un homme atteint de manie homicide, atteint de rétrécissement uréthral — guérison simultanée des deux maladies.

Sans entrer dans les détails de ces deux cas, on voit que l'auteur est porté à nous présenter la guérison comme le fait d'une heureuse intervention de l'art, les cas de ce genre ne sont pas sans pouvoir être interprétés d'une façon différente ; et je pense que pour le moment quelques sages réserves seront peut-être à faire.

En résumé : Ce que nous tenons à mettre en relief dans ce travail, c'est le rôle prépondérant que les régions périphériques du système nerveux exercent sur l'harmonie des régions centrales, avec lesquelles elles sont à l'état physiologique dans un état de sympathie constant : si bien qu'un trouble quelconque des régions périphériques a son point spécial et fatal de répercussion dans le réseau de l'écorce satellite.

ÉTUDE CLINIQUE SUR LES TROUBLES INTELLECTUELS

DANS

L'ATAXIE LOCOMOTRICE PROGRESSIVE

Par Elie Gruet,

Docteur en médecine de la Faculté de Paris (1).

(*Suite et fin*).

Observation X. — *Sur le tabes dorsalis avec aliénation terminale, par le Dr Kraft-Ebing, à Baden-Baden*, Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, 1872. — *Traduit par notre excellent ami, J.-M. de la Roche-au-Lion.*

Caroline Diobold, 49 ans, sans prédisposition héréditaire aux maladies nerveuses. Bien réglée. Il y a 21 ans, elle éprouva de grandes frayeurs pendant le siège d'une forteresse et coucha tout un été dans une cave humide ; c'est à cette époque que remonte le début de la maladie actuelle.

Les premiers symptômes de tabes consistèrent en faiblesse et fourmillements dans la jambe gauche. En 1849, la faiblesse de la jambe gauche s'était accrue au point que la patiente ne pouvait marcher qu'en se faisant soutenir. Peu après, des douleurs se montrèrent également dans la jambe droite, et la malade ne put plus marcher. Elle entra alors à l'hôpital.

Depuis cette époque, rien à noter, si ce n'est des fourmillements et des douleurs fulgurantes qui, au dire de la malade, auraient toujours persisté avec la même intensité. Pas de symptômes cérébraux.

Etat actuel, 21 avril 1869.

Embonpoint ordinaire. Rien d'anormal dans les organes innervés par les nerfs crâniens, non plus que dans la voix et la parole. Sensibilité intacte aux membres supérieurs. Ataxie légère dans les mains. Pas de troubles trophiques. Conservation de la force musculaire. La malade peut tenir ses jambes élevées, mais elle se fatigue vite et se met à trembler. Elle rend compte de la position et de la direction relative de ses extrémités. La locomotion n'est possible qu'autant que la malade est soutenue ; la marche est incertaine ; le talon frappe fortement le sol ; après quelques pas, la marche s'accélère graduellement.

La contractilité électro-musculaire est normale aux membres

supérieurs, amoindrie dans les muscles du mollet, mais exagérée dans les péroniers latéraux et le jambier antérieur.

L'état que nous venons de décrire resta sensiblement le même jusqu'en mai 1870; il ne se montre pas d'accidents psychiques.

Il y a cinq semaines environ, sans cause appréciable, la malade devint mélancolique, peureuse, se mit à cacher le peu d'argent qui lui restait, s'accusa de fautes commises avec intention et pour lesquelles elle craignait d'être poursuivie. Elle refusa de prendre des aliments, ce qui l'affaiblit beaucoup.

En même temps se montra une exacerbation de l'affection spinale qui, depuis longtemps, était stationnaire. Pas de troubles de la parole.

Il y a cinq jours, l'état se modifie, la malade s'anime, brise ce qui lui tombe sous la main et exécute avec ses jambes des mouvements d'une force considérable. A cette excitation succéda subitement le soir, du 24 au 25 juin, un grand collapsus dans lequel la malade mourut avec tous les symptômes d'un épuisement général.

L'autopsie ne montra ni tumeur, ni ramollissement, mais des plaques de scélérose disséminées dans tout l'encéphale.

D'après ces observations, l'on voit que les troubles intellectuels dont nous nous occupons ici, apparaissent à une époque avancée de la maladie, presque toujours apres l'incoordination des mouvements. Le début de l'ataxie, en effet, est rarement signalé par des désordres psychiques ; cependant, en dehors des changements de caractère que nous avons étudiés dans le chapitre précédent, l'on a observé des cas de délire coïncidant avec l'apparition de l'affection spinale. Nous en citerons plus loin un exemple que nous avons emprunté à M. Lereboullet. La période terminale de la maladie est surtout caractérisée par l'explosion de la démence paralytique; mais pour les cas qui nous occupent, l'on peut dire, d'une façon générale, qu'ils se montrent à une période plus ou moins avancée de la période d'état.

Ce qu'il y a de plus remarquable dans ces observations, c'est le rapport exact qui existe entre les phénomènes ataxiques et les manifestations délirantes. Tout d'abord, la maladie mentale apparaît toujours à une phase aiguë de l'affection spinale ; puis l'ataxie présentant des exacerbations ou des améliorations, l'état mental se modifie dans le même sens.

Chez le malade de l'obs. IV, l'explosion du délire corres-

pond à la perte de la vision et à la plus grande intensité des douleurs, comme dans l'obs. III, où nous avons vu l'hypochondrie se manifester à l'occasion de la perte de la vue.

Le malade de l'obs. VI a été atteint d'aliénation au moment où il venait d'entrer à la Charité, précisément à l'époque où l'affection spinale présentait une aggravation notable et passait, pour ainsi dire, par une phase aiguë.

Non seulement l'apparition des troubles intellectuels correspond à une phase d'exacerbation de l'ataxie, mais encore l'état mental s'améliore parallèlement à l'affection spinale, au moins dans bien des cas. Dans l'obs. VII, nous voyons la plus grande intensité du délire lypémaniaque correspondre à un état aigu de l'affection spinale, puis ce délire disparaître dès que la maladie reprend son cours normal. L'obs. XII nous montre des faits analogues.

Quand l'état mental reste stationnaire, il y a lieu de supposer que la lésion scléreuse envahit l'encéphale. Telle est la malade qui fait le sujet de l'obs. X. Dans les cas de ce genre, la maladie est à une période avancée, les membres supérieurs sont pris, la sclérose a envahi la base du cerveau ; presque toujours des symptômes cérébraux, des troubles céphaliques accentués viennent en aide au diagnostic.

Le malade de l'obs. IV offre un intérêt tout particulier. Chez lui, nous voyons une influence manifeste des symptômes propres de l'ataxie sur les manifestations délirantes. On lui tirait des balles dans les jambes et dans les yeux ; il voyait ses pieds partagés à coups de hache ; il souffrait horriblement dans les parties ainsi mutilées ; on lui faisait manger des excréments ; il en percevait l'odeur et le goût. Or, lorsque les symptômes ataxiques viennent à s'amender, tous les désordres psychiques disparaissent. N'est-on point en droit de voir ici une relation d'effet à cause ?

Dans certains cas, l'apparition des troubles intellectuels n'est qu'une simple coïncidence. On n'observe pas alors de relation exacte entre les phénomènes ataxiques et les manifestations délirantes : le début des deux affections ne concorde pas ; on n'observe pas ces aggravations et ces améliorations parallèles. Tel nous paraît être le cas emprunté à Obeistener et qui fait le sujet de l'obs. VIII. Si nous l'avons cité en entier, c'est que l'histoire de ce malade est vraiment curieuse et qu'il ne serait pas impossible, à la rigueur, que l'ataxie eût contribué à prolonger la durée du trouble mental. Néanmoins,

nous ne croyons pas qu'il y ait là autre chose qu'une simple coïncidence.

En résumé, l'hallucination s'est développée à la période d'état, dans presque tous les cas.

L'ataxie a présenté les symptômes habituels. Les différentes formes mentales ont eu leurs manifestations ordinaires. Les deux affections ont suivi d'abord une marche parallèle, soit qu'elles aient présenté des exacerbations, soit qu'elles se soient améliorées, soit enfin qu'elles aient été stationnaires. En dernier lieu, l'état mental étant guéri ou amélioré, l'ataxie locomotrice reprend sa marche progressive (Rey, *loc. cit.*).

DIAGNOSTIC.

Au dire de Westphal, le début de l'ataxie locomotrice, avec complication de trouble intellectuel, est parfois difficile à distinguer de l'hypochondrie. Des discussions auxquelles se sont livrés les membres de la Société médico-psychologique de Berlin (5 février 1876), il résulte que le meilleur signe différentiel entre les deux affections serait l'existence du réflexe rotulien qui persiste dans l'hypochondrie (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 27, p. 395). Ce seul signe nous semble insuffisant ; cependant, joint à d'autres symptômes, il peut fournir un élément important de diagnostic.

L'observation suivante, empruntée à M. Lereboullet, nous montre combien les troubles intellectuels peuvent obscurcir le début de l'ataxie locomotrice et rendre le diagnostic difficile.

OBSERVATION XI. — *Ataxie locomotrice au début ; troubles intellectuels, par Lereboullet* (*Société méd. des hôpitaux et Union médicale*, n° 96, 1876).

B..., âgé de 23 ans, au service militaire depuis deux ans, d'une bonne constitution, sans antécédents syphilitiques ou alcooliques, était entré à l'hôpital du Val-de-Grâce le 31 janvier. M. Lereboullet ne constatant que les symptômes d'une bronchite subaiguë sans complications ne l'avait gardé que dix-huit jours dans son service, et B... en était sorti le 18 février. Quelques jours après sa sortie de l'hôpital, il commença cependant à se plaindre de douleurs assez vives dans les membres inférieurs. Ces douleurs, qui rappelaient assez bien le caractère des douleurs fulgurantes de l'ataxie locomotrice, se localisèrent surtout du

côté gauche. Le 11 mars, se trouvant assis en plein soleil dans la cour de la caserne, B... est pris subitement d'une céphalée sus-orbitaire des plus intenses avec troubles de la vue, mais sans perte de connaissance ; on le ramène dans sa chambre ; là il s'aperçoit « qu'il voit double ». La céphalée diminue bientôt, mais les troubles de la vision persistent, et, le 15 mars, B... entre à l'hôpital. Au moment de l'entrée, M. Lereboullet constate l'existence d'une paralysie complète du nerf oculo-moteur commun droit, avec paralysie incomplète de l'oculo-moteur commun gauche (abaissement de la paupière, mydriase, saillie du globe oculaire, pas de strabisme) et très légère paralysie faciale gauche. M. le professeur Perrin, qui voulut bien examiner le malade, ne constata aucune lésion du fond de l'œil. En même temps existait un léger degré de paralysie des muscles adducteurs du membre inférieur gauche et un peu d'hyperesthésie plantaire. Tous ces symptômes furent très passagers. Dès le 21 mars, la paralysie de l'oculo-moteur diminua également, mais il survint une paralysie du nerf oculo-moteur externe, en même temps la paralysie du nerf facial s'accentua et le 10 avril, elle était complète dans la sphère du facial supérieur. Les troubles moteurs de l'extrémité inférieure gauche et l'hyperesthésie plantaire avaient disparu dès le 25 mars. Peu à peu, tous ces symptômes s'atténuèrent et, au moment où M. Lereboullet le présente à la Société, B... n'est plus atteint que d'une paralysie faciale très incomplète et d'une paralysie complète du muscle droit externe du côté gauche. A ces symptômes sont même venus s'ajouter depuis huit jours des troubles psychiques assez sérieux. Le malade est atteint d'hallucinations ; il se croit un objet de répulsion pour ceux qui l'entourent : depuis deux jours il s'imagine qu'il a été empoisonné et réclame avec instance l'assistance d'un prêtre. Quand on lui parle un peu sévèrement on parvient cependant à fixer son attention, et il explique dès lors assez nettement ce qu'il éprouve et comment reviennent, lorsqu'il se trouve abandonné à lui-même, les illusions et les hallucinations dont il se plaint.

M. Lereboullet pense que ces troubles psychiques seront passagers comme les troubles moteurs qu'il a constatés du côté des muscles de l'œil.

Dans ce cas, M. Lereboullet s'est basé, pour poser son diagnostic, sur : l'absence d'altérations qualitatives ou quantitatives de l'urine, l'absence de vomissements, l'absence de fièvre. Tout cela, joint à la rapidité avec laquelle les troubles intel-

lectuels se sont dissipés, lui a fait rejeter l'idée d'une tumeur cérébrale ou d'une méningo-encéphalite et lui a fait admettre l'existence d'une ataxie locomotrice progressive ; ses collègues de la Société médicale des hôpitaux ont partagé son avis.

A une période plus avancée de la maladie, il y a lieu de tenir un compte exact de ce qui peut revenir à l'intoxication par l'opium. Il suffit de lire le travail de Levinstein sur la morphiomanie, ou la thèse de Calvet sur le morphinisme aigu et chronique pour voir combien sont grandes les analogies. « A côté de sensations, qui ne sont que le prélude de phénomènes plus graves du côté des fonctions nerveuses, viennent se placer des troubles psychiques plus ou moins graves, commençant par les modifications du caractère, une apathie profonde, l'amour de la solitude, la perversion des sentiments affectifs, et finissant par un état maniaque réel, souvent caractérisé par la prédominance des idées de suicide. » (Calvet, thèse de Paris, 1876.)

Il est facile de voir combien ces troubles ressemblent à ceux que nous avons décrits, et cependant, tous les malades qui font le sujet de nos observations sont absolument exempts de morphinisme.

L'apathie qui survient dans l'ataxie locomotrice diffère de celle que l'on observe dans l'intoxication morphinique. Avec la première coexiste presque toujours un affaiblissement de l'intelligence plus ou moins grave, tandis que la seconde survient avant que l'intelligence soit atteinte ; le morphinomane, au moins pendant les premiers temps, s'aperçoit de son apathie et quelquefois la déplore. L'ataxique, au contraire, dont l'intelligence est intacte, ce qui est le cas le plus fréquent, n'est point du tout apathique ; s'il est peintre, homme de lettres, par exemple, sa maladie ne l'empêchera pas de mettre au jour les chefs-d'œuvre que son imagination pourra enfanter.

De plus, il n'existe pas, chez l'ataxique, de tendance au suicide, comme l'a dit depuis longtemps déjà M. le professeur Lasègue. Si par hasard un ataxique se donne la mort, dans un accès de douleurs fulgurantes, par exemple, comme M. le professeur Ball l'a observé une fois à Saint-Antoine, l'on ne saurait voir là le résultat d'un désordre mental proprement dit.

Cette absence d'idées de suicide sert encore comme élément de diagnostic dans les rapports que peut affecter l'ataxie locomotrice avec l'alcoolisme.

Ici, les analogies sont plus grandes qu'il ne paraît tout d'abord. Ainsi, dans l'intoxication alcoolique, on observe des

désordres multiples de sensibilité pouvant provoquer des hallucinations, des troubles de la vue, de l'ouïe et même de la locomotion.

M. Charcot, dans ses leçons à la Salpêtrière, a signalé les rapports des deux affections (Rey). « Magnus Hüss, dit l'éminent professeur, a insisté sur les douleurs lancinantes parfois très pénibles, dont se plaignent les alcooliques. Tout récemment MM. Wilks et Lockart ont appelé l'attention sur une forme de paraplégie qui s'observe, paraît-il, assez fréquemment à Londres, chez les femmes, même parmi les ladies, et qu'ils désignent, d'un commun accord, sous le nom de paraplégie alcoolique. Un des traits les plus saillants de cette forme pathologique paraît être l'existence de douleurs revenant par accès et que les malades comparent à des chocs électriques. »

L'erreur peut être facile ; cependant, comme dans l'observation suivante, la succession et la marche ascendante des phénomènes ataxiques permettront, dans la plupart des cas, de distinguer l'ataxie locomotrice de l'affection décrite par Wilks et Lockart.

Dans le cas suivant, bien que les habitudes alcooliques soient franchement établies et qu'on constate un tremblement fibrillaire de la langue, le caractère des troubles intellectuels et l'amélioration parallèle des deux affections nous autorisent à rattacher la perturbation mentale bien plus à l'affection spinale qu'à l'alcoolisme, qui peut cependant avoir joué le rôle de cause prédisposante.

Observation XII (Rey). — *Femme de* 30 *ans. Ataxie locomotrice datant de* 5 *à* 6 *ans* ; *troubles intellectuels récents après l'incoordination des mouvements* ; *affaiblissement simple de l'intelligence et de la mémoire* ; *habitudes alcooliques* ; *amélioration simultanée des deux affections.*

Femme P..., 30 ans, née à la Martinique, entrée à Sainte-Anne le 19 octobre 1874 ; atteinte d'affaiblissement intellectuel et de la mémoire, incohérence, confusion dans les idées, etc..

Le père de la malade serait mort d'une congestion cérébrale, la mère était paralysée. Réglée à 14 ans, époque un peu tardive, vu son origine et le pays qu'elle habitait. La menstruation n'a pas toujours été bien régulière. Céphalalgie fréquente.

R..., mariée à 18 ans, a eu six enfants dans les conditions normales ; elle a fait deux fausses couches. A la Martinique, elle a fait quelques excès de boisson ; elle buvait du rhum et du

vermouth. Le mari, qui nous donne ces renseignements, ajoute que les parents de la malade avaient aussi l'habitude de boire avec excès. Venue à Paris, où elle est depuis 8 ans, la malade s'est adonnée au vulnéraire. Elle en prenait tous les matins, et dans ces derniers temps, oubliant qu'elle venait de prendre sa ration quotidienne, P... la renouvelait plusieurs fois dans la même matinée. Cependant aucun trouble intellectuel ne s'était manifesté, mais les fonctions étaient irrégulières, la menstruation avait des retards.

Il y a 5 ou 6 ans que la malade a commencé à resssentir des douleurs aux jambes ; elles étaient très vives ; il lui semblait, dit-elle, que des chiens lui rongeaient les os ; elle avait en outre des sensations de brûlure qui lui parcouraient la région spinale. Ces douleurs et les sensations venaient par accès s'exaspérant la nuit. Peu à peu, elle a eu de l'affaiblissement de la vue et de la diplopie. Il y a quelque mois seulement que la motilité s'est affaiblie surtout à droite ; la marche s'est embarrassée ; il lui arrivait de ne plus sentir le sol, et, trois semaines avant son entrée à l'asile, elle ne pouvait plus marcher sans un aide.

Il y a quatre ou cinq mois seulement que le mari a remarqué chez elle de l'affaiblissement de l'intelligence et particulièrement de la mémoire. Elle avait quelquefois des bourdonnements d'oreilles, de la céphalalgie, mais pas d'idées délirantes. Quand ces accidents ont été constatés, la malade était déjà faible sur ses jambes, dit le mari. Le 30 octobre, elle est entrée à l'hôpital Saint-Antoine où on n'a pas pu la garder, à cause de son agitation. Elle avait des frayeurs, des hallucinations ; elle criait la nuit. Elle ne conserve même pas le souvenir de son séjour à l'hôpital.

Actuellement douleurs lancinantes, intermittentes aux jambes. Les pieds et les mains sont comme engourdis. Sentiment de constriction à la poitrine. Vue affaiblie surtout à droite. Pupille également dilatée.

La malade ne peut rester debout, ni faire un pas sans un aide ; en marchant, elle frappe le sol du talon. Si nous mettons un bandeau sur les yeux, l'incoordination s'exagère et la malade pousse un cri à chaque pas, croyant mettre le pied dans le vide. Incertitude dans les mouvements commandés des membres supérieurs. La sensibilité cutanée est obtuse, à la plante des pieds et aux jambes ; la sensibilité tactile est altérée d'une façon inégale ; tantôt, en effet, le contact des objets est pénible et presque douloureux ; tantôt la malade ne les sent pas. Dans tous les cas, la forme et la température sont peu ou point appréciées. La sensibilité gustative et olfactive est intacte.

Sa force musculaire est affaiblie, particulièrement à droite. Les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine. La température est un peu au-dessus de la normale ; elle varie de 37° à 37°8, avec exacerbations de quelques dixièmes le soir.

P... est calme ; elle ne présente actuellement d'autre état mental que de l'affaiblissement des facultés intellectuelles et de la mémoire : elle a de la peine à trouver ses idées ; elle ne sait ni le jour ni le mois ; elle ne se rappelle pas le soir, notre visite du matin. Elle prétend s'être levée dans la journée alors qu'elle n'a pas quitté son lit. Nous n'observons ni délire, ni hallucinations. La nuit seulement son sommeil est quelquefois troublé par des rêves alarmants. Pas d'embarras dans la parole. Pas d'inégalité pupillaire. Léger tremblement pupillaire de la langue.

Mai 1875. La malade sort améliorée ; la mémoire est plus fidèle ; l'intelligence est moins obscurcie ; elle dort mieux ; les symptômes ataxiques se sont amendés. Les douleurs et les crampes sont limitées aux membres inférieurs et ont beaucoup diminué d'intensité. La marche est possible, mais toujours difficile et notablement désordonnée.

CONCLUSIONS.

Les troubles intellectuels sont rares dans l'ataxie locomotrice progressive.

Ils peuvent se produire dans trois circonstances :

1° Lorsque l'altération qui frappe la moelle envahit l'encéphale (cas du Dr Ludwig Kirn), ce qui se reconnaît cliniquement par l'apparition de symptômes cérébraux ;

3° Par simple répercussion sur les centres nerveux de certains symptômes propres à l'ataxie, tels que les douleurs, les fourmillements incessants, la perte subite de la vision et même le défaut de coordination des mouvements ;

3° Enfin l'ataxie locomotrice peut devenir la cause occasionnelle de l'explosion de troubles psychiques chez les individus prédisposés, soit par hérédité, soit par une intoxication, alcoolisme, morphinisme, en particulier.

Dans ces deux derniers cas, l'apparition des troubles intellectuels coïncide avec une exacerbation dans les symptômes de l'affection spinale et les deux maladies subissent presque toujours une amélioration parallèle

DE LA

MALADIE DÉMOCRATIQUE

Nouvelle espèce de Folie

(*Suite*).

ÉTIOLOGIE SPÉCIALE DE LA MALADIE DÉMOCRATIQUE.

Mariage. — Famille.

Ce sont les souvenirs de la première jeunesse, de la maison paternelle, qui laissent dans l'esprit les traces les plus vives ; souvent ils impriment de bonne heure une direction durable à toute la marche de la vie. Nous devons donc naturellement fixer d'abord notre attention sur le *mariage* qui crée les citoyens et conserve l'Etat. Le mariage n'est pas seulement un moyen d'augmenter la population, ce n'est pas seulement une machine à faire des hommes, car la société ne consiste pas dans une agglomération d'êtres homogènes sans valeur aucune qu'une valeur numérique. Le mariage a pour objet de former des citoyens dignes de ce nom, dignes de prendre place dans la société. Sur cette base nécessaire de l'ordre social, reposent toutes les relations de la vie, toute confiance, toute sûreté ; c'est l'élément véritablement conservateur dans l'Etat. L'homme isolé offre à la justice moins de garanties que le père de famille, car il lui est plus facile de se soustraire par la fuite à la vindicte de la loi.

« La famille est, maintenant plus que jamais, le premier élément et le dernier rempart de la société. Pendant que, dans la société générale, toutes les choses deviennent de plus en plus mobiles, personnelles, viagères, c'est dans la famille que demeurent indestructibles le besoin de la durée et l'instinct des sacrifices du présent à l'avenir (1). »

Examinons le *mariage*, la *famille*, tels qu'ils sont de nos jours, et voyons s'ils répondent à leur but. D'abord, dans les classes dites supérieures, les mariages ne sont ordinairement qu'une affaire commerciale, où la femme sert d'appoint. Soit par un attachement opiniâtre à de ridicules préjugés, soit faute des moyens de satisfaire aux dépenses exorbitantes que demande notre époque avide de jouissances, les gens de l'aristocratie se marient tard, après avoir joui de la vie, comme on dit dans leur jargon ; ils regardent le mariage comme un port tranquille où ils peuvent

(1) Guizot, *de la Démocratie en France*, p. 138.

se reposer de leurs fatigues. Ce ne sont pas là de bonnes dispositions pour le mariage. Entre les bras d'un époux épuisé une jeune femme doit dépérir ; la discorde s'asseoit au foyer, et, avec elle, toutes les formes du chagrin domestique, la plus féconde de toutes les causes qui bouleversent l'esprit humain. Si de semblables unions sont rarement propres à remplir même leur objet physique, à plus forte raison ne peuvent-elles atteindre le but le plus noble et le plus élevé, l'éducation des enfants. Un esprit à moitié développé dans un corps débile, voilà l'héritage que le fils reçoit de son père. Ils sont rares, les fils de famille qui peuvent se tirer d'une situation aussi défavorable et réaliser les prétentions avec lesquelles ils ont grandi. Presque tous portent sur eux une sorte de malédiction ; ils deviennent pour la société des hôtes incommodes ou des ennemis. Aux sceptiques et aux rieurs, je répéterai ici les paroles de J. P. Frank (1) : « A ceux qui sont destinés à venir au monde, je conseille sérieusement de se faire procréer par des parents robustes, intelligents, moraux, n'importe à quelle classe de la société qu'ils appartiennent. Ce n'est pas seulement chez les chiens de chasse et chez les chevaux que la race a plus ou moins d'influence. »

La classe moyenne, qui sait se contenter de sa position, et dont les prétentions ne vont pas au delà de sa fortune, renferme les mariages les plus heureux ; et, déjà sous ce rapport, elle peut être regardée comme le noyau de la société.

Dans la classe des artisans et des ouvriers, nous trouvons un mal contraire à celui qui se produit au sein de l'aristocratie. Grâce à la liberté illimitée qu'accorde à cet égard la législation, les artisans se marient de bonne heure, sans considérer s'il leur sera possible de nourrir et d'élever leur famille. La fécondité de la mère amène les soucis les plus cuisants, la faim, la misère, et leur triste cortège, la débauche et le crime. Voilà le berceau de plusieurs millions d'hommes ; voilà les premières impressions qu'ils reçoivent au début de la vie. N'est-il pas naturel que les germes de l'envie, de la jalousie, de la haine, se développent hâtivement dans ces âmes froissées, et que, de bonne heure, des enfants nés dans la souffrance et dans les larmes, se mettent en hostilité contre l'ordre social ? Pour écarter un scandale réel, la législation oppose au plus puissant des instincts de l'homme un simple décret ; mais, en supprimant la *prostitution publique*, en rejetant l'homme dans le mariage, dans la famille, elle favorise l'adultère par les ménagements qu'elle garde envers les coupables. La prostitution publique est interdite ; mais n'y a-t-il plus

(1) J.-P. Frank, *Selbsbiographie*. Wien, 1802, p. 3.

de femme pour vendre l'amour ? Il s'en fait un négoce actif qui porte, jusqu'au fond des campagnes, la corruption et les souillures des mœurs de la ville. Qu'une alliance étourdiment contractée se consolide par un acte solennel, la société y gagne-t-elle quelque chose ? La cérémonie du mariage écarte le scandale ; mais la bénédiction d'un prêtre aura-t-elle cette vertu de faire disparaître toutes les graves et fâcheuses conséquences d'un acte déraisonnable ? Opposez à la faiblesse de la femme la crainte de la honte et du châtiment, et les fautes seront plus rares (1).

La société souffre, et, le plus souvent, souffre seule des conséquences de pareilles unions ; mais ce n'est pas seulement à cause du tort qu'elle éprouve, ce n'est pas seulement à cause du danger qui menace sa propre existence, qu'elle a le droit d'imposer des limites à la liberté des passions individuelles ; c'est un devoir pour elle, quand elle voit un individu s'abandonner à la violence d'un penchant qui maîtrise sa raison, et qui l'entraîne fatalement, comme un aveugle, dans un abîme ; oui, c'est un devoir pour la société d'étendre sa protection sur ce malheureux, à l'aide de la loi, expression de la raison générale.

Nous avons indiqué le danger réel ; après cela, que le mariage civil soit, oui ou non, suffisant ; qu'il ait ou non besoin d'être confirmé par la bénédiction du prêtre, c'est là une question de foi, non de science. En tout cas, la cérémonie religieuse n'empêchera pas l'imprudence et la folie de trouver bientôt leur châtiment. On a raison d'espérer dans la Providence ; mais il ne faut pas compter que Dieu répare toutes les sottises des hommes. Législateurs, pensez aux paroles de Gottfried Kinkel (2) : « Alors « nous appellerons au combat les prolétaires, avec la Misère et « la Faim, et la Haine et la Vengeance. » Voilà une idylle qui me semble faite pour troubler un peu le sommeil même des âmes les plus candides.

ÉDUCATION. — INSTRUCTION.

D'après ce que nous venons de dire sur le mariage, que pouvons-nous attendre de l'*éducation*, sur laquelle la famille, en dépit de l'État, exerce toujours la première et la plus puissante influence ? Je passe sous silence cet absurde système, introduit dans les hauts rangs de la société, de nourrir artificiellement de je ne sais

(1) Comp. Reil, *Rhapsodien über die Anwendung der psychischen Kurmethode bei Geisteskrankheiten*. Halle, 1802, p. 350.

(2) Professeur à l'Université de Bonn, fusillé à Rastadt après la dernière révolution de Bade.

combien de langues diverses, l'esprit d'un enfant à peine sorti du berceau ; je ferai seulement observer que cette folie a produit ses conséquences naturelles, et qu'il ne faut pas s'en étonner. Qu'un enfant à la mamelle, outre le lait de sa mère, prenne encore la nourriture des adultes, il s'atrophie, il va au-devant d'une mort prochaine. Eh bien, la langue maternelle est-elle pour l'esprit autre chose que le lait maternel ? Les langues étrangères ne sont-elles pas un aliment qu'un esprit déjà mûr et développé peut seul recevoir avec quelque fruit ? En vérité, la complaisance des parents, par le désir mal entendu de faire ressortir la facilité d'intelligence de leurs enfants, ne devrait pas favoriser en eux cette disposition à une sorte de cosmopolitisme hermaphrodite qui, de bonne heure, enlève à l'homme le mieux doué tout moyen de répandre dans son propre pays les trésors de ses connaissances. Telle est la destination des heureux de ce monde : il faut qu'ils puissent utiliser pour la société les avantages que la fortune leur a prodigués ; il faut que les lumières de leur intelligence éclairent la masse de la nation. Mais combien peu de connaissances utiles et profitables acquièrent-ils, ces privilégiés de la terre ? Et comment pourraient-ils répandre l'instruction et la communiquer à tous, s'ils ne prennent pas le soin de cultiver complètement leur propre intelligence, et de la mettre en harmonie avec leur mission ? Il faut semer pour recueillir. Ne vous plaignez pas que l'on se porte en foule vers les connaissances les plus élémentaires, que l'instruction ait abaissé son niveau et perdu de son influence. C'est vous qui lui avez ôté la seule force qui lui donne une autorité réelle : l'*unité*. Ne vous plaignez pas que le dévouement, la discipline, les bonnes mœurs, la pitié aient disparu. A qui avez-vous enseigné toutes ces vertus ? Considérez l'armée qui a pu jusqu'ici presque entièrement échapper à la contagion ; c'est dans ses rangs que vous trouverez les *mœurs*, l'*ordre*, la *discipline*, l'*esprit d'unité*. Heureusement que l'éducation répare beaucoup d'erreurs individuelles. Tant qu'on ne verra dans l'instruction que le placement d'un capital intellectuel, destiné à porter intérêt, qu'un levier pour l'ambition, qu'une marchandise qui doit être arrangée au goût du public ; tant qu'on n'apprendra que pour le plaisir de faire briller son savoir ; tant qu'on ne cherchera que les connaissances à la mode, mises en vogue par les circonstances politiques, ou par des découvertes nouvelles de la science, et qu'on négligera de se les approprier profondément ; tant qu'on verra le marché des intelligences soumis aux variations de l'offre et la demande, de la hausse et de la baisse, et que le calcul, la spéculation, l'agiotage régneront sur

ce terrain comme à la Bourse, nous serons toujours offusqués par la vue des *génies universels*, des *demi-savants vaniteux*, des *hommes incompris* et *blasés*. Or, ce sont là des éléments dangereux pour la société, contre laquelle l'échec de leurs prétentions les irrite sourdement et les soulève dans les temps de crise.

Donnez à vos filles une instruction solide qui ne soit pas sujette aux changements de la mode ; mettez-les à même de devenir, comme épouses et comme mères, des membres utiles de la société : vous leur épargnerez l'humiliation de se compromettre en divaguant sur des questions qu'elles ne comprennent qu'à demi ; manie commune à notre époque et dont on a vu trop d'exemples affligeants.

Tandis que, dans les rangs élevés de la société, l'éducation est presque exclusivement renfermée au sein de la famille, les enfants de la bourgeoisie et du peuple sont élevés dans des établissements publics ; par conséquent, leur éducation est soumise à une action plus efficace de l'État. A ces établissements, l'État doit imposer trois conditions qui répondent aux besoins les plus essentiels de la société : 1° *maintien de la discipline*, *obéissance et moralité* ; 2° *connaissances appropriées par leur nature et leur étendue à la profession que l'enfant doit embrasser ;* 3° *développement du sentiment national*, *amour de la patrie*, *respect pour l'État*.

Quant à la *discipline*, elle a subi de graves atteintes dans nos écoles ; la juridiction privilégiée que possèdent les Universités a eu le double tort de donner une importance excessive à des écarts de jeunesse, et de mettre en présence, par devant les conseils de l'instruction publique, comme des parties adverses, les professeurs et les élèves, entre lesquelles la justice décide par l'acquittement ou la condamnation du prévenu : alternative fâcheuse qui porte à l'autorité du maître un préjudice considérable (1).

Sur la question de l'*enseignement*, il s'est élevé des discussions qui, des deux côtés, ont été poussées beaucoup trop loin. Il y a ici deux écueils à éviter. Un enseignement trop vaste disperse sur trop de sujets les forces de l'intelligence, il ne produit que des connaissances superficielles, nourrit l'esprit de théories générales, le tient presque toujours hors du monde réel, et le rend impropre à la vie pratique. « L'intelligence, tout enlacée dans un inextricable réseau d'hypothèses, ne sait plus comprendre le sens et la portée des choses réelles (2). » « Le défaut de notre éducation universitaire, c'est d'émousser l'attention des élèves. En ha-

(1) Dahlmann, *Politik*, p. 301.
(2) Ideler, t. I, p. 291.

bituant l'homme, dès son enfance, à vivre dans les régions idéales, on lui enlève le moyen de comprendre le monde réel ; on l'expose ainsi à de ridicules bévues qui frappent d'étonnement les personnes illettrées, et qui inspirent aux ignorants une médiocre estime pour la supériorité intellectuelle des hommes sortis de nos écoles (1). » Dans le sens contraire, on est tombé dans les fautes semblables. Sous prétexte de n'enseigner que les choses essentielles à la vie pratique, on a trop abaissé le niveau des études, on en a trop limité l'étendue, on a favorisé la tendance commune des esprits à faire de la science un instrument de fortune, et à ne considérer que le but de l'intérêt positif et personnel. C'est là une faute grave, et qui a beaucoup nui aux véritables études.

Mais c'est surtout la troisième condition qui a été le plus mal remplie dans notre système d'instruction publique. *L'amour de la patrie*, si l'on veut qu'il soit durable et qu'il ne s'appuie pas seulement sur l'instinct, doit reposer, comme tout amour sérieux, sur une connaissance raisonnée de la valeur de l'objet aimé. C'est l'histoire qui nous donne cette connaissance ; or, l'enseignement de l'histoire qui a tant d'importance pour l'État, est précisément, si je puis dire, le talon d'Achille de notre éducation universitaire. Dans les écoles primaires, la Palestine est mieux connue des enfants que la terre même de la patrie ; dans les classes inférieures des lycées, où la plupart des élèves puisent toute leur instruction classique, on ne va point au delà de l'histoire ancienne, qui ne nous présente guère que des constitutions républicaines. La connaissance de cette histoire est certainement un secours très précieux pour apprécier celle de son pays ; mais encore faut-il avoir quelques notions de celle-ci ; or, les élèves mêmes qui ont passé six ou huit ans dans les lycées, doivent s'estimer heureux s'ils sont arrivés au moyen âge, s'ils sont parvenus au delà des Chauces et des Cattes. Il est rarement question de notre histoire nationale ; si l'on s'en occupe, c'est pour des tableaux de fantaisie, pour peindre quelques hommes illustres, quelques événements isolés et saillants. Point d'enchaînement logique ; des dates, des chiffres, une aride chronologie, voilà l'enseignement de l'histoire dans nos lycées. Il peut bien donner une idée des détails d'une bataille, il n'en explique point la signification ; il peut faire comprendre et estimer une grande individualité, il ne sait pas attacher l'élève, par le lien de la reconnaissance, au souvenir des bienfaiteurs de son pays.

Le même reproche s'adresse aux établissements d'instruction supérieure, aux universités. Si, d'un côté, la loi ne s'est pas mon-

(1) Neumann, *Von den Krankheiten des Menschen*, t. IV, p. 463.

trée gardienne assez vigilante de la morale publique, la dureté du gouvernement a souvent dépassé, à l'égard des étudiants, les limites de l'équité. Il semble que le pouvoir ait oublié que « la jeunesse est la meilleure partie du genre humain (1) ». Quelques hommes indignes, pour faire leur cour au gouvernement, ont poussé aux derniers excès les persécutions politiques, et c'est certainement l'exaspération causée par ces mesures qui a jeté dans l'opposition une grande partie des étudiants ; encore, sous ce rapport même, les craintes du pouvoir n'ont-elles pas été complètement justifiées (2). Les nécessités de la vie et le besoin urgent de se créer une position indépendante, maintiennent l'enseignement des Facultés dans la voie de la routine ; sur beaucoup de caractères, la contrainte a cette triste influence d'enlever son attrait au travail libre et spontané. « Le temple de la science se change ainsi en garde-manger pour les besoins de chaque jour (3). » On n'a pas plus tôt acquis la science qu'on cherche à la vendre soit à l'État, soit au public. Voilà pourquoi les universités sont si fécondes en avocats, en médecins, en théologiens, en philologues, dont les dehors mêmes trahissent de bonne heure la profession ; si stériles en hommes d'élite qui montrent sur leur front la noblesse de la véritable science ! Quant à l'étude de l'histoire, notamment de l'histoire appliquée à la politique, les universités sont encore au-dessous des lycées. Faute d'avoir foi dans le bon sens du peuple, les gouvernements ont la science, en éloignant les hommes courageux par des destitutions, en intimidant les hommes faibles par des menaces qui les ont forcés de se mettre au service, non de la vérité, mais du système régnant. Sans doute, la parole de quelques hommes éminents a porté dans les esprits la lumière et la flamme, cette parole éloquente a été propagée parmi les masses où elle vivra éternellement, à l'abri de toute atteinte ; mais il n'en est pas moins vrai que l'étude de l'histoire dans les universités est restée stérile, « parce que dans presque toutes, les professeurs de politique et de droit public peuvent s'appeler bien plus justement professeurs d'égoïsme et d'obéissance aveugle. Ces gens-là ne comprennent pas ce qu'il y a de grand et de sublime dans l'amour de la patrie ; ils ne peuvent donc inspirer à leurs élèves que des sentiments serviles, bas, égoïstes, des principes d'indifférence et de lâcheté ; ils font de la science un ignoble métier, un gagne-pain et rien de plus (4). »

(1) Brandes.
(2) Dahlmann, *Politik*, p. 327.
(3) *Ibid.*, p. 323.
(4) Moser, *Von dem deutschen Nationalgeist*, 1765.— Dahlmann, *Politik*, p. 323.

D'où viennent toutes ces persécutions contre la vérité, cette conspiration contre la lumière ? De cette opinion singulière : « que le savoir est un guide moins sûr que l'ignorance (1). » Il est vrai, ce savoir peut devenir dangereux, lorsqu'on en fait abus. Mais de quoi ne peut-on pas abuser ? Dieu a donné à l'homme l'intelligence ; l'homme en a abusé pour tourner contre le créateur même ses abominables plaisanteries. Dieu a donné à l'homme l'admirable mécanisme des sens, pour jouir de toutes les merveilles de la nature ; l'homme, par un déplorable abus de ses sens, s'est dégradé au-dessous de la brute. « C'est une loi fatale : il faut accepter les bienfaits de la science avec ses dangers ; comme la lance d'Achille, elle guérit les blessures qu'elle a faites (2). » Il se peut que l'abrutissement public soit un bon moyen de gouvernement, mais ce moyen n'est pas infaillible. Un peuple abruti supporte la compression plus longtemps qu'un peuple éclairé ; mais quand une fois ses facultés d'observation ou de jugement se sont éveillées, c'est un réveil terrible ! L'ignorance, dans les temps de révolution, est l'ennemi le plus redoutable, le plus difficile à vaincre. « Les dieux mêmes luttent en vain contre l'ignorance (3). »

L'instruction du citoyen adulte reste, comme celle de l'enfant, soumise à l'influence de l'Etat. La législation, l'organisation judiciaire assurent cette influence légitime ; l'intelligence des lois enseigne à l'individu ses droits et ses devoirs, elle le rend responsable de tous ses actes : elle offre donc une excellente garantie pour la société. Cependant l'utilité de cette connaissance du droit n'a pas toujours été reconnue ; nous devons renouveler ici les observations que nous avons faites au sujet de l'étude de la politique. Comme certaines institutions avaient à craindre l'œil du citoyen, on affectait de redouter les jugements de l'ignorance et de la sottise ; on ne voulait point soumettre les graves intérêts de la société à la critique inintelligente des esprits bornés et prévenus. Il suffit, disait-on, que la loi existe pour punir les délits commis contre l'Etat. On croyait pouvoir se passer de l'obéissance volontaire, de l'assentiment des sujets, et l'on se contentait de la peur comme d'un moyen plus commode et aussi certain. Par cette politique funeste, non seulement le pouvoir, en refusant des institutions représentatives, et surtout en limitant la liberté de la presse, s'est visiblement séparé de l'opinion ; mais il a eu principalement le tort de jeter l'opposition sur un

(1) Dahlmann, *Politik*, p. 324.
(2) *Ibid.*, p. 320.
(3) Schiller.

terrain où ses attaques sont d'autant plus dangereuses qu'elles sont indirectes.

(*A suivre.*)

BIBLIOGRAPHIE

L'aphasie chez l'enfant,

Par L. Freitel, Berlin, 1894.

L'auteur divise les aphasies observées chez l'enfant en deux groupes : congénitales et acquises. L'aphasie chez l'enfant, ainsi que chez l'adulte, est rarement absolue. Même, quand il s'agit de la forme congénitale, l'enfant peut encore prononcer quelques mots.

L'aphasie congénitale, mutisme sans surdité, forme assez rare, est connue depuis longtemps. Wilde signale, par exemple, qu'en Irlande, parmi 5,180 sourds-muets, il se trouvait 433 muets non sourds. De ce dernier nombre il faut encore retrancher 170 qui étaient des imbéciles, paralytiques, etc...; il reste donc un chiffre de 143 pour 5,180 qui pouvaient être classés dans cette première catégorie. — L'enfant commence à parler entre 9 et 18 mois. A cette période de la vie il possède déjà une certaine somme d'images et de représentations psychiques, une grande tendance vers l'imitation, il dénote déjà un certain degré d'attention et de mémoire. Aussi, quand l'enfant arrive à l'âge de 4 ans jusqu'à 7 ans, sans pouvoir dire autre chose que « maman », « papa », « oui » ou « non », etc.., il faut songer à l'aphasie congénitale, surtout quand l'enfant n'est pas sourd et qu'il dénote une certaine intelligence en rapport avec son âge. Même, dans cette forme d'aphasie, l'enfant a pu apprendre à parler, à condition de rattacher tel mot à tel objet, mais aussitôt que l'objet n'était plus devant ses yeux, il oubliait le mot. Les exemples de ce genre abondent. L'auteur cite le cas d'un jeune garçon lequel disait « maman » à sa mère tant qu'elle vivait, mais avait complètement oublié ce mot, après la mort de cette dernière. Un ralentissement dans le développement intellectuel de l'enfant influe naturellement sur la faculté de la parole. Aussi, dans un autre ordre d'idées, il y a des idiots qui ne parlent jamais, qui poussent seulement des grognements inintelligibles et qui, comme dit Prusinger, ne parlent pas, parce qu'ils n'ont rien à dire.

Ceci est important à savoir pour distinguer l'aphasie congénitale proprement dite des états semblables à première vue, mais qui n'en sont pas, — *l'idiotie* et la *surdi-mutité*.

Il n'est pas toujours facile de distinguer l'aphasie de l'idiotie, d'autant plus qu'il s'agit d'un enfant en bas âge, et il est nécessaire d'observer l'enfant longtemps avant de se prononcer sur son développement intellectuel. Pour la surdi-mutité, le cas est encore plus complexe, car il y a des cas, où l'enfant, tout en étant sourd pour la parole, est encore apte à percevoir d'autres sons que ceux de la phonation. En l'absence de l'hérédité, de difformités congénitales, le pronostic de l'aphasie congénitale est assez favorable, surtout chez les rachitiques. Le traitement exige une patience inépuisable aussi bien de la part des parents, des instituteurs que du médecin. Le traitement est dans ce cas presque entièrement du domaine de la pédagogie.

L'aphasie acquise comprend quatre formes : aphasie par bégayement, hystérique, réflexe et choréique.

Dans la première forme, la provision de mots est suffisante, — l'enfant ne peut pas prononcer certaines lettres. Le bégayement mène rarement à l'aphasie complète, à moins qu'il n'y ait une hérédité psychique ; au contraire, il y a des cas où l'aphasie se transforme en bégayement. Ce bégayement aphasique se rencontre surtout après les commotions cérébrales, après les crises d'épilepsie et les maladies aiguës et infectieuses, en particulier, au déclin de la fièvre typhoïde et des maladies éruptives. L'aphasie hystérique sa rencontre chez les enfants plus souvent qu'on ne le croit et se caractérise aussi bien par sa brusque apparition que par sa soudaine disparition. Elle a les mêmes facteurs étiologiques que l'aphasie hystérique chez les adultes. Il ne faut pas la confondre avec l'aphasie réflexe, laquelle est provoquée par les vers intestinaux, troubles gastriques, etc...

Dans un cas cité par l'auteur, l'aphasie disparut après l'administration d'un vomitif énergique.

L'aphasie choréique enfin consiste en contraction désordonnée des muscles concourant à la phonation et se confond avec la chorée en général.

Le traitement des aphasies d'origine réflexe consiste dans la disparition des troubles qui lui ont donné naissance. Le traitement de l'aphasie hystérique et par bégayement est justiciable de la méthode hypnothérapique, laquelle a donné de réels succès.

Natanson.

Les Annales Internationales de Photographie médicale.

Décembre 1894.

SOMMAIRE.

1) *Etude de la physionomie chez les aliénés*, par le Dr Luigi Mongeri (Constantinople), avec 13 figures.

2) *Sur la structure anatomique et la signification physiologique du système du grand sympathique*, par le prof. A. de Köllicker. Tenu au 66e Congrès à Vienne, le 29 septembre 1894. (Suite au prochain numéro.)

3) *Les porteurs de pierres.* Maladie et difformités professionnelles, par le Dr Solebiewsky, de Berlin, avec 2 figures.

4) *Sur le myxœdème*, par Meltzer (Revue mensuelle médicale de New-York), avec 1 figure. (Revue bibliographique.)

5) **Bibliographie.**

6) **Communications photographico-techniques.**

7) **Table** pour l'année 1894.

Revue Internationale de Photographie médicale.

Janvier 1895.

SOMMAIRE.

La Table de l'année 1894.

Bacillus rotundescens, par le prof. Zettnow (Berlin), avec 1 planche et 2 figures.

La photographie du fond de l'œil, par le Dr Aarland, avec 1 figure.

La phototechnique médicale, par le même auteur.

Coup d'œil rétrospectif sur la photographie médico-expérimentale, par le Dr L. Jankau (de Munich), avec 5 figures.

Sur la structure intime et l'interprétation physiologique ou grand sympathique, par le prof. honoraire A. de Köliker. (*Suite.*)

Revue bibliographique :

1) Curschmann. *Recueil de reproductions photographiques de différentes déformations extérieures en rapport avec des maladies internes.* Julius Springer, éditeur à Berlin, 1894.

2) Lombroso. *Nouveaux progrès dans l'étude du criminel*, chez Wilhelm Friedrich, 1894. Leipzig.

3) Klein, prof. *Traits fondamentaux de l'Histologie*, 3e édition, revue complétée, 1895, chez E. Haberland, à Leipzig.

4) Schmorl et Kockel. *La tuberculose du placenta et son extension au fœtus*. Leipzig.

5) Souques (A.). *Un cas de myopathie primitive progressive avec attitudes vicieuses extraordinaires*. (Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière, mai-juin 1899.) En français.

6) Cozzolino (V.). *Fibrome papillaire de la caisse du tympan*. Archives d'otologie de rhinologie et de laryngologie, 1894, Italie.

Communications photographico-techniques, par le Dr Aarland, Leipzig.

Correspondance.

La Revue Internationale mensuelle de Photographie médicale.

Février 1895.

SOMMAIRE.

Quelques considérations sur la microphotographie, par M. Mergl (avec une planche et 5 figures).

Coup d'œil rétrospectif sur la Photographie médicale, par L. Jankau. Suite et fin (avec 6 figures).

Le Rapport de Kölliker : Sur la structure intime et l'interprétation physiologique du grand sympathique. (Suite.)

Revue bibliographique :

Kronthal (Paul). *Coupes de la moelle pathologique de l'homme.*

Lavdowsky. *Nouvel appareil microphotographique.*

Leppmann. L'*Interprétation psychologique et criminelle du tatouage* (?) *chez les criminelles.*

Correspondance. Communications. Sociétés savantes. Appareils photographiques, etc...

Annonces.

Revue Internationale mensuelle de Photographie médicale.

Mars 1895.

SOMMAIRE.

L'œil et l'appareil photographique, par G. H. NIEWENGLOWSKI. (Avec 3 figures.) En français.

De l'anorexie hystérique, par E. BRISSAUD et A. SOUQUES. (Avec 2 figures.)

Contribution à l'étude de la microphotographie. (Avec 1 figure.)

Le Rapport de Kölliker : Sur la structure intime et l'interprétation physiologique du grand sympathique. (Suite.)

Bibliographie : (6 figures.)

NEISSER. *Atlas stéréoscopique médical.*

LUYS. *Les émotions dans l'état d'hypnotisme, etc...* (Avec 4 figures.) Traduit en allemand.

AUBEAU. *Des applications de la micrographie, etc...* (Avec 2 figures.)

Sociétés savantes.

Littérature : *Communications.*

Sur la technique photographique :

1° *Aperçu de nouvelles modifications dans le domaine de la photographie*, par le Dr AARLAND.

2° *Appareils photographiques*, par le prof. Dr MOROKHOVETZ.

Revue mensuelle internationale de Photographie médicale.

Avril 1895.

SOMMAIRE.

1°) *Sur les moyens de photographier les pièces anatomiques fraîches, en particulier le cerveau*, par le Dr E. FLATAU. (Avec tableaux.)

2°) *Un cas de spina bifida*, communication du Dr L. MINOR, Privatdocent à la Faculté de Moscou. (Avec 4 tableaux.)

3°) *La structure intime et l'interprétation physiologique du grand sympathique*, par le prof. honoraire A. de KÖLLIKER. (Suite et fin.)

4°) **Revue bibliographique :**

Flatau, Edwards. *Atlas du cerveau humain* avec préface du professeur Mendel, 1894. Berlin, chez S. Karger.

Spalteholz. Werner, professeur à la Faculté de Leipzig. *Les artères de la peau humaine.* 13 tableaux stéréoscopiques.

Brissaud (E.) *Leçons sur les maladies nerveuses.* (Salpêtrière, 1893-1894.) Paris, 1895, chez G. Masson.

Stoecklin. *Recherches sur la mobilité et les cils de quelques représentants du groupe des coli-bacilles.*

Brissaud et Meige. *Gigantisme et Acromégalie*, avec 2 figures.

Einthoven (W.) *Sur la forme de l'électrocardiogramme* (?) humain.

5°) **Sociétés savantes.**

6°) **Varia.**

L'extériorisation de la sensibilité. Étude expérimentale et historique, par Albert de Rochas (1).

L'existence de l'éther universel, par lequel s'expliquent les phénomènes électriques, lumineux, thermiques, etc., est reconnue aujourd'hui par la science. Si l'on songe encore que cet éther traverse la matière, même la plus dense, on arrive avec l'auteur à cette pensée que les atomes ou molécules du cerveau baignent pour ainsi dire dans cet éther. Ainsi, la pensée, tout le travail compliqué du cerveau, serait caractérisé par des vibrations atomiques de la matière cérébrale, et toute notre activité psychique serait dès lors ramenée à un acte purement physique, sous l'influence d'une cause quelconque venant soit du dehors, soit du dedans.

Nous dirons donc que les radiations ou ondes cérébrales, émises de tout cerveau doué de sentiment ou en activité, sont transmises à l'éther qui remplit l'espace et le fait vibrer harmonieusement et de même façon, par analogie, que l'air autour d'un diapason vibrant. Rechercher les multiples phénomènes que ces mouvements vibratoires communiqués à l'éther par la matière cérébrale impressionnée produisent, voilà le problème aride que s'est posé l'auteur, dont l'esprit scrutateur, secondé par une profonde érudition, n'a pas eu peur de toucher presque du doigt ce qui était jusqu'à présent voilé de mystère.

L'auteur remarque donc avec beaucoup de justesse dans sa préface : « Jusqu'ici les philosophes ont envisagé la question du

(1) Paris, 1895. Chaumel, éditeur.

côté métaphysique ; j'essaie de l'aborder, dit-il, par la méthode expérimentale et de fournir ainsi le genre de preuves auxquelles notre éducation nous a particulièrement rendus sensibles. »

On pressent déjà combien cette façon de voir, cette analogie entre les radiations cérébrales et les autres radiations étudiées en physique, est riche en déductions psycho-physiologiques.

Voilà en très peu de mots la base scientifique de l'ouvrage.

L'auteur divise son travail en plusieurs chapitres.

Tout d'abord, il pose la question de l'objectivité des effluves perçus sous forme de lumière dans l'état hypnotique.

Dans la plus grande antiquité on figurait Moïse avec des faisceaux lumineux émergeant de son front, et les saints aux têtes entourées d'une auréole lumineuse.

Ce fait n'est-il pas assez éloquent par lui-même ?

Les expériences modernes ont démontré que les sujets à l'état de somnambulisme sont doués d'une hyperesthésie sensorielle (de la vision) toute particulière. Cette perception des effluves invisibles pour les autres personnes s'explique parfaitement par nos connaissances modernes, par ce que nous avons dit plus haut : d'ailleurs, le Dr Luys n'a-t-il pas signalé ce fait physiologique que la rétine, dans cet état, était fortement congestionnée ; les vaisseaux ayant triplé de volume ?

M. de Rochas a, de plus, remarqué que les radiations que tout corps envoie à l'œil hyperesthésié, donnent à ce dernier la sensation de la couleur ; et ceci non au gré du hasard, mais avec une régularité et une constance toujours les mêmes. L'auteur, grâce aux expériences qu'il a faites, arrive à cette conclusion que les effluves ne sont pas uniquement dus aux vibrations constitutionnelles des corps se transmettant à l'air ambiant ; il faut encore admettre qu'il y a en outre émission par entraînement d'un certain nombre de particules se détachant des corps eux-mêmes. Ce dernier point a une grande importance, au point de vue de l'interprétation de différents phénomènes que l'auteur avait rencontrés dans le cours de son étude expérimentale de l'extériorisation de la sensibilité.

Ainsi donc, chez l'individu en état hypnotique, l'auteur s'appuie sur ce fait que, tandis que certains territoires du système nerveux sont en période d'inhibition, d'autres entrés en éréthisme sont portés à un degré d'exaltation extrême. Certains sens acquièrent une acuité et une finesse extrêmes. Parmi les aptitudes que l'on peut développer dans le système nerveux des sujets placés en état hypnotique, il en existe une très remarquable : c'est de deve-

nir sensibles à l'action des barreaux aimantés, d'être attirés et repulsés par leurs effluves et surtout de *percevoir* les différences de coloration des effluves qui émanent soit du pôle positif (rouge), soit du pôle négatif (bleu). Non seulement les *sujets* peuvent arriver à un certain degré d'*entraînement* pour *voir* les effluves électro-magnétiques, mais encore ils peuvent reconnaître des effluves analogues qui se dégagent des êtres vivants, à les distinguer, ceux du côté droit (rouges) et ceux du côté gauche (bleus) (1). Ces effluves s'échappent de toute la surface cutanée ; mais, comme le fait remarquer l'auteur, chez les sujets en état hypnotique, les effluves n'émanent plus de la surface cutanée ; ceux-ci sont alors entourés d'une série de zones colorées concentriques : M. de Rochas a reconnu, de plus, qu'à chacune de ces zones colorées correspondait une zone de sensibilité extériorisée. Il piquait, par exemple, avec une aiguille l'atmosphère d'une de ces zones qui entourent le sujet, aussitôt la piqûre était perçue sur un point du corps. Tout ceci nous donne l'explication de différents phénomènes qui ont été observés sur certains sujets par l'auteur, phénomènes connus en partie depuis longtemps, sans qu'on sût à quoi les attribuer, ni à quoi les rattacher. Nous voulons parler de l'envoûtement.

Sous ce nom (voir chapitre III) il faut comprendre une pratique ancienne remontant aux premiers âges de l'humanité et se retrouvant dans tous les pays.

Cette pratique consistait à transpercer avec des épingles des figurines en cire, dans la croyance que les blessures ainsi faites sur l'image se répercuteraient ainsi sur la personne qu'elle représentait.

Il y a à considérer trois facteurs dans cette pratique :

1° La volonté de l'envoûteur agissant directement comme force ;

2° L'intervention *d'esprits malfaisants* invoqués par le sacrilège ;

3° Une action physique déterminée par l'usage d'objets ayant été en contact avec l'envoûté.

M. de Rochas ne s'occupe que du troisième facteur. D'après lui, l'envoûtement constituerait une des formes de l'extériorisation de la sensibilité. Tout d'abord, il faut se rappeler que des corps placés dans les zones de sensibilité extériorisée *se chargent* de cette sensibilité. Si, comme l'a fait si souvent M. de Rochas, on place un verre d'eau entre les mains du sujet hypnotisé, cette eau se charge

(1) Les planches colorées qu'il présente dans son ouvrage donnent une idée de ce phénomène.

de *fluide sensible extériorisé.* Si alors on plonge une pointe dans le liquide, le sujet ressent aussitôt la piqûre, même si le verre a été emporté hors la pièce à une distance assez considérable.

Cette sensibilité extériorisée peut persister longtemps dans les corps qui en sont chargés.

« Une petite statuette, dit encore M. de Rochas, confectionnée avec de la cire à modeler et sensibilisée par un séjour de quelques instants en face et à une petite distance d'un sujet extériorisé, transmettait à ce sujet la sensation des piqûres dont je la perçais, vers le haut du corps, si je piquais la statuette à la tête ; vers le bas, si je la piquais aux pieds. »

La même chose a été constatée avec une plaque photographique, qui, avant d'être placée dans l'appareil photographique, avait été fortement chargée de la sensibilité du sujet endormi et extériorisée. Chaque fois que M. de Rochas touchait l'image, le sujet endormi sentait le contact précisément au point de son corps correspondant au point touché de la photographie. M. de Rochas prit une épingle et égratigna deux fois la plaque sur l'image de la main du sujet; celui-ci s'évanouit. Quand il fut réveillé, *la main présentait deux stigmates rouges.*

L'ouvrage de M. de Rochas, dont nous venons de faire l'analyse, est certainement appelé à combler une lacune dans cette science relativement neuve. Il manquait un travail d'ensemble sur tous ces phénomènes qui défrayent depuis quelques années le monde savant et le public.

M. de Rochas a eu le grand mérite de nous en avoir donné un et d'avoir ainsi nettement publié ses curieuses recherches.

NATANSON.



Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères, place Saint-André, 3.
Maison spéciale pour Journaux et Revues.



ANNALES

DE PSYCHIATRIE

ET

D'HYPNOLOGIE

DE LA PERSISTANCE DES IMPRESSIONS SENSITIVES

APRÈS LES AMPUTATIONS

Par J. Luys.

Tous les observateurs, médecins et physiologistes savent parfaitement qu'à la suite de l'amputation d'un membre, les sensations irradiées de ce membre absent persistent dans le sensorium et peuvent à un moment donné réapparaître avec des modalités variées chez l'amputé, et quelquefois accompagnées de très vives souffrances.

Tout le monde est d'accord sur ce fait.

Reste l'interprétation physiologiste à donner, reste les voies de la propagation morbide à signaler et le mécanisme anatomique à trouver de cette résurrection posthume du membre absent.

Il y a dans tout ceci tout d'abord une proposition fondamentale à établir.—C'est que toutes les impressions sensitives, toutes celles qui sont irradiées de la périphérie de nos viscères, de nos muscles, de nos os, de nos plexus sensoriels, ont toutes isolément un foyer central dans les réseaux de l'écorce où elles viennent isolément se répartir comme dans un point *terminus*. Sans cela, tout serait confusion dans nos perceptions et nous n'aurions aucune idée précise de nos organes en action.

C'est donc là qu'elles arrivent au dernier terme de leurs

migrations et qu'elles sont nettement perçues, et silencieusement conservées à l'état de souvenirs latents ou bruyants. C'est ainsi qu'à l'état normal nous n'avons pas conscience de la sensibilité de nos viscères en action. Nous ignorons l'état des rouages de la machine organique ; mais un événement local vient-il à s'y produire, un calcul vient-il à s'engager dans l'uretère, ou le canal cholédoque, un point d'irritation vient-il à se développer dans la muqueuse de l'estomac ou d'autre appareil, immédiatement l'alarme est donnée, les régions centrales de l'écorce dans lesquelles les nerfs correspondants de ces viscères sont mis en émoi, ils sont excités et sortent ainsi de la vie latente dans laquelle, chez l'homme bien portant, ils sont physiologiquement plongés.

Il en est de même pour nos muscles ; et leur activité résulte dans le sensorium des impressions appropriées qui nous donnent d'une façon courante les notions de l'activité de tel ou tel département de notre système musculaire.

Toutes les sensibilités diffuses de l'organisme convergent donc isolément dans ce sensorium cortical, s'y répartissent dans des départements isolés et constituent ainsi, sous forme de projection, l'ensemble des sensations de la personnalité humaine, en un mot, synthèse générale de toutes les sensibilités partielles.

Cela est correctement mis en évidence par l'étude des atrophies cérébrales consécutives, soit à la déperdition d'un appareil sensoriel, soit à d'anciennes amputations d'un membre qui ont à la longue déterminé une atrophie concomitante dans certaines régions de l'écorce, j'en ai ainsi constaté un certain nombre d'exemples (1).

Reste à élucider le mode de propagation et les voies anatomiques de la reviviscence des impressions des amputés.

A mon avis, le problème est des plus simples, si on veut simplement prendre la peine de se remémorer les idées que j'ai émises dans mes premières recherches sur le système

(1) On pourra voir, dans la salle des séances de l'Académie de médecine, un exemple très net de ce que j'avance.—Dans la série de photographies que j'ai exposées, j'ai représenté le cerveau d'un ancien amputé d'un membre supérieur ; le lobe cérébral du côté opposé présente des régions atrophiées d'une façon très apparente.

nerveux il y a plus de trente ans et dont mes contemporains, semblent n'avoir pas trop apprécié ostensiblement la portée, tout en faisant silencieusement leur profit.

En deux mots, j'ai établi anatomiquement ce fait :

Que l'écorce cérébrale était reliée en partie à la couche optique par une série de fibres blanches radiées droites sous le nom de couronnes rayonnant, et, aux corps striés.

Que ces fibres cérébrales constituant vis-à-vis de l'écorce et de la couche optique, une série de rayons comparables aux rayons d'une roue, dans ses rapports avec la périphérie et le moyeu de cette roue, si bien que cet appareil cortico-thalamique constituait un système spécial, une unité anatomique, un véritable *neurone* suivant l'expression du jour, et que cette disposition était la véritable clef de l'organisme architectural du cerveau.

Or, les couches optiques, véritables ganglions conglomérés, renferment des petits noyaux isolés, qui servent de récepteurs à toutes les fibres centripètes qui viennent de la périphérie, fibres sensitives, sensorielles et de la sensibilité musculaire. Toutes ces incitations centripètes sont donc réunies et condensées avant d'être irradiées vers l'écorce par les fibres blanches cortico-thalamiques. — C'est là leur avant-dernière étape.

Or, en raison même de la disposition des parties, ces noyaux thalamiques isolés, avec leurs cellules indépendantes, représentent donc comme autant de petits territoires isolés en correspondance directe avec leurs satellites de l'écorce. L'écorce ne puise donc ses moyens d'information et d'instruction avec le monde extérieur que par ces petits centres thalamiques intermédiaires. — Les réseaux du sensorium ne voient, n'entendent, ne sentent les choses du monde extérieur qu'à travers les réseaux thalamiques, ce sont les seuls agents qui suscitent l'activité de leurs cellules. Ce sont les seules et uniques voies d'information qu'ils possèdent, de même que le réseau central du télégraphe à Paris, ne connaît ce qui se passe dans les départements que par chaque bureau intermédiaire interposé sur les trajets des incitations centripètes extérieures.

Or, dans le cas qui nous occupe, dans le cas d'un amputé d'un membre, rien n'est changé dans l'appareil de la trans-

mission centrale, et des radiations nerveuses thalamo-corticales. Le nerf centripète périphérien est bien sectionné ; il cesse par conséquent d'avoir ses rapports normaux avec les noyaux thalamiques. — Mais, par le fait de la persistance des connexions centrales, le sensorium continue à communiquer avec les noyaux thalamiques, et quand ceux-ci composés, eux aussi, de cellules sensitives impressionnables, excitables, subissent partiellement des moments d'excitations irritatives ; ils transmettent au sensorium ces mêmes mouvements vibratoires, et comme les réseaux cellulaires du sensorium ne s'ébranlent physiologiquement que sous le coup de leurs stimulations habituelles, ils se mettent à l'unisson, prennent le change et sentent ainsi les endolorissements des régions absentes de la périphérie, mais vivantes encore dans les foyers centraux habituels des régions thalamiques.

Et alors, ces réseaux du sensorium cortical vibrent à l'unisson et engendrent à la suite des conceptions appropriées secondaires, comme si ces incitations subjectives dérivaient directement du monde extérieur. — Il y a là une illusion spéciale et quelque chose d'analogue à ce qui se passe en pathologie mentale, à propos du mécanisme intime du développement des processus des illusions et des hallucinations.

C'est donc ainsi que s'explique par le fait naturel des appareils préexistants, la persistance de la sensation d'un membre amputé depuis longtemps, et même dans certains cas les notions de l'état dynamique de certains fragments de ces membres les mouvements du membre absent.

Voici deux exemples appropriés qui témoignent dans le sens des idées que je viens d'exposer et que j'emprunte au récit du Dr Rames (d'Aurillac) (1) :

Le nommé B... est un jeune soldat de vingt-un ans qui, en faisant du gymnase, s'est laissé tomber. Des accidents sont survenus, et finalement ce malade a dû subir une amputation sus-malléolaire pour une carie des os du pied.

Cette opération a été pratiquée le 24 février 1881 par le

(1) *Gazette des Hôpitaux*, 25 juin 1881.

docteur Bois, dans le service de chirurgie de l'hospice d'Aurillac. Le malade, horriblement énervé déjà avant l'opération, est dans une grande agitation, lorsque nous l'interrogeons pour la première fois ; il éprouve de vives douleurs, nous dit-il, et n'a aucune sensation spécialisée.

Le 25, les douleurs sont moins vives ; mais il ne perçoit rien encore.

Le 26, un grand apaisement s'est produit. Le malade, par moments, a comme conscience du pied qui lui a été enlevé.

Le 28, premier pansement ; le malade souffre davantage et n'éprouve que de vives douleurs.

Du 2 au 6 mars, le jeune homme ressent, toutes les dix minutes environ, et cela sans qu'aucun contact nouveau vienne s'exercer sur le moignon, des élancements très vifs dans la jambe. Ces élancements correspondent aux orteils et surtout à la partie interne de la malléole interne, endroit le plus douloureux avant l'opération. Ces sensations douloureuses sont accompagnées de soubresauts dans la jambe et dans le pied.

Du 7 au 9, les sensations, de beaucoup moins fréquentes, ont perdu de leur acuité. Un léger élancement se produisant, le malade a parfaitement conscience de mouvements réguliers se passant dans les orteils, absolument comme quand on remue les doigts de la main.

12 mars, les douleurs sont à peu près apaisées, et la perception de mouvement n'existe plus.

14 mars, la sensation qu'il éprouve est celle de constriction au niveau du moignon.

16 mars, la perception de mouvements qui se passeraient dans les deux derniers orteils, lui arrive encore, mais de loin en loin, etc.

Le nommé C..., âgé de vingt-cinq ans, a pareillement été amputé de l'avant-bras droit dans le courant de novembre 1880 pour une tumeur blanche du poignet.

Interrogé par nous le 7 mars 1881, il nous raconte qu'après l'amputation il a ressenti des douleurs qui correspondaient à la main malade et qui s'accompagnaient de soubresauts dans cette même région. Ces élancements se produisaient surtout à son réveil. La durée de ces phénomènes a été d'une douzaine de jours environ. Aujourd'hui encore, quand il s'éveille, il lui semble parfois qu'il a sa main et que ses doigts sont comme endormis.

Quant à des mouvements réguliers exécutés par les doigts de

la main, il ne se rappelle pas s'il en a eu le sentiment dans le temps, mais aujourd'hui cela n'a pas lieu.

Des faits qui précèdent nous ne retiendrons que ceci : c'est que l'ablation d'un membre laisse survivre dans les centres nerveux la conscience non seulement de sensations localisées, mais des mouvements correspondants, ou, mieux, inhérents à ces sensations.

« Il me semble sentir remuer mes doigts du pied comme je remue les doigts de la main, » me disait le jeune soldat amputé, garçon très intelligent.

Enfin, dans le même ordre d'idées, je rappellerai un phénomène bien curieux et que j'ai constaté à plusieurs reprises chez un sujet hypnotique, et que j'ai, dans le courant de l'année 1894, présenté à mes collègues de la Société de Biologie. Ce sujet, masculin, très facilement hypnotisable, avait subi, il y a quelques années, une désarticulation de l'annulaire de la main gauche.

A l'état normal il ne souffrait pas de son doigt absent, mais lorsqu'il était mis en état hypnotique, il se faisait un bouleversement dans les centres nerveux des forces sensitives, en vertu duquel, lorsque l'on venait à toucher légèrement le moignon cicatriciel, il ressentait une très vive douleur et même bien des fois une expérience très curieuse a été faite sur lui : — on simulait un pincement de la région du moignon, les douleurs étaient vivement ressenties, et comme répercussion en retour, il y avait retentissement morbide sur les vaso-moteurs du bras et de l'avant-bras, et quelques minutes après l'attouchement on voyait un érythème très marqué, avec empâtement du tissu cellulaire sous-cutané se produire expérimentalement à volonté. Ce qui paraît démontrer la coexistence dans les régions dolorifères de l'écorce, des réseaux nerveux trophiques destinés à agir par réflexes sur les régions périphériques correspondantes aux points excités.



DE LA

MALADIE DÉMOCRATIQUE

Nouvelle espèce de Folie

(*Suite*).

—

PRESSE. — LITTÉRATURE. — THÉATRE.

Le pouvoir de la *presse* est immense, parce que, plus que tout autre, il s'étend au loin et n'est limité ni par le temps, ni par l'espace ; aussi, comme tout véritable pouvoir, inspirera-t-il la crainte, et cette crainte peut être justifiée par de regrettables abus. La liberté de la presse, cette nouvelle conquête de la Révolution, a provoqué les excès les plus désordonnés, l'agitation la plus terrible ; d'autre part, l'hypocrisie de la presse censurée a jeté parmi les citoyens la haine, la discorde et l'esprit d'intolérance. La liberté de la presse a cet avantage incalculable qu'elle tue la puissance de la calomnie, qu'elle livre ses combats au grand jour, oppose au mensonge une réfutation immédiate, favorise, par la discussion, le progrès général des lumières, et ouvre ainsi à l'Etat même une plus vaste arène. L'opposition politique n'a plus besoin de prendre le masque de l'opposition religieuse ; la morale n'a plus à craindre le souffle pestilentiel qui menaçait de souiller et de flétrir la vie de famille ; les attaques dirigées contre le pouvoir, et les agitations de la vie politique, en menaçant la famille même, ont fait du foyer domestique un sanctuaire et un asile pour chaque citoyen.

La *littérature* d'une nation porte témoignage de son état intellectuel ; c'est d'après les productions de la presse qu'on peut juger de l'esprit général d'un pays et d'une époque. Si l'on soumet à cet examen notre littérature moderne, on trouve qu'elle a pris trois directions pour attaquer la société : *une guerre de sarcasmes contre l'ordre et contre la religion ; l'hypocrisie politique et religieuse ; la moquerie frivole et l'apologie voilée du vice élégant.* Tels sont les caractères de ses œuvres, qui n'ont pas même épargné les liens sacrés de la famille. Sous le rapport moral, la *corruption* est arrivée à une profondeur vraiment surprenante. Non content de rompre ouvertement avec les principes les plus respectables, on est allé jusqu'à prétendre « que les lettres n'avaient rien de commun avec la morale, que leur mission était de soustraire les hommes aux chaînes de la réalité, et de leur préparer sur les hauteurs du Parnasse un de ces festins

des Dieux peints par Homère (1). » On a mis en pratique la maxime méphistophélique :

« A d'autres les femmes nues ! Moi je veux avoir à déshabiller ce que j'aime (2) ! »

Ainsi, au lieu de présenter l'*immoralité* dans sa nudité repoussante, on a déguisé le vice sous des voiles qui excitent l'imagination et les désirs ; un doux poison s'est glissé dans les âmes, et les a perverties en paralysant toute force de résistance. Et que dire de ces créations monstrueuses, inventées pour éveiller, dans les esprits blasés, des sensations voluptueuses, passagères, pour tendre outre mesure l'imagination maladive ; en un mot, pour dépasser toutes les limites que la nature a marquées à la débauche et au vice ?

Une revue anglaise, dans une critique du drame français moderne, a fait le calcul suivant : « Parmi les personnages de ces » drames, on compte huit femmes adultères, cinq courtisanes de » tout rang, six victimes de la séduction, dont deux accouchent » presque sur la scène ; quatre mères brûlent d'un amour impu- » dique pour leurs fils ; il y a trois incestes. Ajoutez onze person- » nages assassinés, directement ou indirectement, par leurs » amants ou par leurs maîtresses. Six pièces ont pour héros des » enfants trouvés ou des bâtards. Cette masse d'horreurs se » trouve concentrée dans dix drames publiés à Paris, par deux » poëtes, dans un espace de trois années (3). »

Le *théâtre*, s'adressant à des auditeurs qui cherchent un délassement, trouvant des oreilles ouvertes à ses leçons et prêtes à recevoir un enseignement qui ne s'impose pas ; le théâtre qui a sur la presse l'avantage de produire une impression immédiate, a méconnu sa vocation sublime, qui est de contribuer à l'instruction et à l'amélioration du peuple, et il s'est donné pour mission de combattre l'ennui, d'amuser l'oisiveté, de satisfaire une foule avide de jouissances matérielles. Les ballets éclatent comme un feu d'artifice pour ranimer un moment les sens engourdis ; de temps à autre on fait passer sur les planches un drame patriotique, comme une parade ridicule, ou bien on s'amuse à parodier Shakespeare. La foule pousse des hurlements en guise de bravos, et l'on admire l'intelligence littéraire du public ! O Schiller ! on devrait se souvenir de vos paroles : « Si nous avions un théâtre » national, nous aurions aussi une véritable nationalité (4). »

(1) Ideler, *Seelenheilkunde*, t. II, p. 328.
(2) Faust, 2e partie.
(3) Ideler, t. II, p. 3?7.
(4) Schiller's *Werke*, Bd. X, p. 79.

RELIGION.

Le meilleur moyen d'établir l'harmonie entre les hommes, d'ennoblir l'esprit humain, et de rendre moins pénibles, par la doctrine de l'amour, les sacrifices que demandent les lois de l'univers, c'est de faire triompher la *religion*. C'est elle qui a créé les états, c'est elle qui les conserve ; en dehors d'elle, rien ne peut durer ; c'est sur cette base que repose le droit public aussi bien que le droit privé ; tout ce qui a besoin d'un fondement solide et assuré, invoque le secours de la foi pour triompher des hésitations et des résistances de la raison. Mais si la religion est la base même de tout ordre, elle ne doit pas s'asservir à la politique ; son influence légitime a des limites qu'elle ne doit pas dépasser, sous peine d'apparaître à l'humanité, non comme une mère bienfaisante, mais comme une exécrable ennemie. Plus d'une fois la religion a mis le monde à feu et à sang ; la terre porte des traces de son passage : ce sont des cendres et des ruines ! Elle a allumé les torches du fanatisme et porté sa sainte bannière à la tête des plus furieuses armées ; elle a sanctifié le crime et torturé la vertu ; elle a placé l'oisiveté stérile au-dessus du travail, les voluptés de l'ascétisme au-dessus de l'enthousiasme libre ; elle a appesanti sa main de fer sur la poitrine de l'homme ; elle a enchaîné l'intelligence et substitué à l'amour la crainte lâche et servile ; elle a insulté aux souffrances des malheureux ; elle a fait du Dieu de miséricorde et d'amour, un monstre nourri de nos larmes et de nos douleurs. Sans doute toute conviction sincère est respectable, alors même que, dans son ardeur, elle passe les bornes de la justice. En effet, les actions humaines doivent être jugées, non d'après les conséquences qu'elles produisent, mais d'après les intentions qui les ont dictées ; mais « ce n'en est pas moins une honte pour la nature humaine, que de voir le fanatisme se perpétuer encore aujourd'hui au sein des masses ignorantes en qui l'esprit de secte remplace la foi (1) ». Notre époque, qui a tourné surtout vers les intérêts matériels l'activité des esprits, n'a pas échappé à l'intolérance religieuse ; elle a vu l'asservissement des consciences et l'hypocrisie, fille de la persécution. C'est là le point sur lequel l'opposition a pu appuyer son levier destructeur pour ébranler la religion, et, avec elle, tout l'édifice social, dont la religion forme la base.

(1) Hecker, *Die Kinderfahrten*, Berlin, 1845, p. 12.

PASSIONS ÉGOÏSTES.

En résumé, le caractère général du mouvement intellectuel dans les derniers temps, c'est une tendance constante à favoriser la naissance des passions égoïstes. En cet âge de civilisation raffinée, les besoins deviennent plus nombreux et plus étendus ; les passions naturelles perdent de leur pureté et de leur énergie, mais des besoins factices développent beaucoup de passions artificielles, qui prennent leur origine dans les idées prédominantes de l'époque (1). Esquirol dit à ce sujet : « L'ambition, l'avarice, remplacent les charmes de l'amour et les délices de la paternité (2). » Plus loin il ajoute ; « Le fanatisme religieux, qui a causé tant de folies autrefois, a perdu toute son influence aujourd'hui, et produit bien rarement la folie.

Sur plus de six cents aliénés, huit seulement le sont devenus par suite de terreurs religieuses. Je n'ai observé qu'une fois sur trois cent trente-sept individus admis dans mon établissement la folie produite par l'exagération ascétique. L'amour, qui si souvent cause l'érotomanie et même la nymphomanie dans les pays chauds, a perdu son empire en France ; l'indifférence des esprits a gagné les cœurs, et les passions amoureuses n'ont ni l'exaltation, ni la pureté qui engendraient la folie érotique (3). »

Ces détails suffisent pour indiquer combien et dans quel sens le mouvement intellectuel de notre siècle s'est écarté des voies d'un progrès régulier. Dans les maisons d'aliénés, on trouve toutes les passions d'une époque parvenues au dernier degré d'exaltation, et, d'après les caractères qu'affecte chaque espèce de folie, on peut apprécier les passions qui ont déterminé ce dérangement de la raison.

Toute passion est en elle-même un état morbide de l'âme (4). Dans le domaine des passions se reproduisent les mêmes phénomènes que nous avons observés dans le monde des idées. Chaque passion, chaque penchant de l'âme tend à se maintenir et à se développer à côté des autres et malgré eux, attirant à soi toutes les passions analogues, et refoulant les passions contraires. Ces passions égoïstes ont leur cause dans une estime exagérée du moi dont elles font, en chaque individu, le centre de l'univers (5).

(1) Esquirol, *Des maladies mentales*, etc. Paris, t. I, p. 56 et 58. Reil, *Rhapsodien*, etc., p. 12-14.

(2) Esquirol, p. 53.

(3) Esquirol, p. 60.

(4) Kant, *Anthropologie*, p. 224.

(5) Ideler, t. I, p. 578.

Tous les amours-propres en jeu se font obstacle l'un à l'autre ; leurs prétentions rivales se repoussent réciproquement, et « cette lutte empêche l'orgueil du moi de dégénérer en folie ; mais si quelqu'un de ces amours-propres surexcités parvient à se procurer une satisfaction complète, il tombe dans un excès d'absurdité qui ne connait ni temps ni mesure (1). » Toutes les passions égoïstes ont un objet commun, l'intérêt personnel ; une source commune, la présomption ; il est donc naturel que dans leur développement elles forment entre elles un grand nombre de combinaisons, et qu'elles présentent une extrême complication de troubles morbides (2).

L'ambition, c'est la vanité en mouvement. Ces deux passions sont entre elles comme l'idée est au penchant. Produite par une exaltation morbide du besoin d'honneur, fondée sur la concience de la dignité humaine et sur le sentiment légitime qui demande que toute valeur exactement appréciée trouve partout un libre cours, l'ambition manque de cette appréciation exacte de la valeur individuelle. Née de ces propres illusions, nourrie des illusions qu'elle produit, elle est forcée de prendre un masque et de mettre l'apparence à la place de la valeur réelle. L'ambition, forcée de s'humilier et de s'avilir par de lâches flatteries qui lui servent à payer les applaudissements de la foule, cherche une compensation dans l'exaltation toujours croissante de son penchant morbide. On ne saurait croire combien d'humiliations, de mortifications, la vanité est capable de supporter ; si l'on n'allait pas au fond des choses, on serait tenté de voir dans cette résignation un dévouement héroïque. C'est seulement une contrainte puissante exercée sur l'égoïsme. L'appareil solennel des exécutions a poussé au meurtre plus d'un esprit malade, avide de gagner par une mort extraordinaire une vie plus longue dans la postérité. C'est par un sentiment analogue que la fille Charlotte Herz, de Copenhague (3), s'est habituée à faire sortir de toutes les parties de son corps, au milieu des plus atroces douleurs, une quantité d'épingles et d'aiguilles ; le plaisir de faire sensation et de se distinguer en bravant la science des médecins a été pour elle une compensation suffisante pour les tortures qu'elle avait endurées volontairement pendant dix-neuf années. Cet exemple donne une idée suffisante de la puissance de cette passion.

Le sentiment qui a le plus d'affinité avec l'ambition, c'est

(1) Ideler, t. I, p. 578.
(2) *Ibid.*, t. II, p. 500.
(3) Hecker, *Ueber Sympathie*, Berlin, 1846, p. 24.

l'*esprit de domination*, qui, pour réaliser ses rêves de l'amour-propre, sacrifie tout à un individu. C'est surtout cette passion qui montre combien les penchants égoïstes sont hostiles et funestes à la société.

Citons encore l'*avarice*, l'amour passionné du gain. Cette passion, qui arrête dans le cœur tous les nobles mouvements, laisse voir l'égoïsme dans sa nudité la plus hideuse ; elle aboutit de bonne heure à la folie la plus ridicule.

L'*amour passionné de la liberté* résume, pour ainsi dire, toutes passions égoïstes auxquelles il promet une large carrière. Quant la liberté existe partout, toutes les individualités se développent à l'envi, se limitent réciproquement ; il s'établit une sorte d'équilibre qui ne peut être rompu sans un grave péril pour la liberté même. Des routes diverses sont ouvertes à l'activité des citoyens : honneurs, influence, richesse, etc. ; ce sont là autant de buts offerts à la concurrence des convoitises les plus ardentes. Malheureusement on oublie qu'il est des limites nécessaires aux prétentions individuelles, et le penchant, irrité par les obstacles, prend la violence de la passion. De là résulte un anéantissement complet de tous les rapports sociaux. La liberté ne connaît plus de frein, elle ne supporte plus de résistance. Elle veut tout renverser et tout détruire ; elle engage contre le pouvoir une lutte sans trêve et sans repos, un combat terrible qui ne se terminera que par l'anéantissement définitif de tout principe d'autorité. Ce sont les phénomènes qui accompagnent toujours les révolutions. Ces temps de crise sont des jours de fête pour cette liberté impatiente qui pousse le monde vers l'anarchie. Dans l'état ordinaire de la société, les passions égoïstes peuvent rarement trouver une satisfaction positive et réelle ; mais si elles ne peuvent prendre possession de leur objet, elles ne s'en appliquent qu'avec plus d'énergie à détruire tout ce qui leur fait obstacle ; l'ambition, l'avarice, le désir de dominer sont remplacés alors par l'envie, la haine et la vengeance. « Détruire la loi morale de l'univers, tel est l'effort constant de l'égoïsme, irrité qu'il est de trouver des limites dans les droits d'autrui (1). »

Tout nier, voilà le caractère de notre siècle : partout pénètre ce pouvoir insaisissable de l'*esprit de négation* ; il mène la société par des voies souterraines, semant de tous côtés des matières inflammables qui attendent l'étincelle pour s'embraser, et les ailes du vent pour porter l'incendie sur toute la face de la terre. Il n'est rien d'assez élevé, rien d'assez sacré pour inspirer quelque respect à ce scepticisme universel. Qui ne connaît les

(1) Ideler, t. I, p. 579.

esprits forts de notre temps, ces génies qui trouvent leur puissance dans la témérité avec laquelle ils nient tout ce qui a été de tout temps l'objet de l'amour et de la vénération des hommes ? Dans l'inanité de leur esprit, ces hommes trouvent pour leurs combats sacriléges les armes les plus terribles ; cuirassés d'indifférence, ils dardent le trait de la raillerie et de l'outrage. « Je suis l'esprit qui nie toujours. » Ils ont pris pour devise cette maxime diabolique, ils la proclament et ils ajoutent avec le génie du mal : « Oui, je nie tout, et avec raison; car tout ce qui est, mérite de périr (1). » Trop vains et trop paresseux pour pénétrer au fond des choses, ils se contentent d'effleurer tous les sujets, et cherchent seulement, à la surface des faits, quelques arguments en faveur de leurs systèmes préconçus. Substituant à la vérité les vaines abstractions sorties de leur cerveau, ils opposent les fantaisies de leur personnalité abominable à la loi constante et positive de l'univers. Laissez les faire, et ils auront bientôt courbé le monde sur le lit de Procuste. Tout ce qui est grand, noble, sublime, leur est odieux. Ecoutons leurs paroles impies : « A bas les ridicules idoles que les hommes adorent ! Votre religion n'est qu'un mensonge, inventé pour faire supporter des maux réels par l'espérance de bien imaginaires ; vertu, patriotisme, mots vains et vides de sens, qui vous cachent toutes les atteintes portées à vos droits, et qui empêchent de vous rendre utiles au monde et d'exploiter la création à votre profit. » Voilà les blasphèmes qu'ils jettent à la face de l'humanité, avec cet air effronté de moquerie qui remplit les faibles d'admiration, qui simule l'héroïsme et qui captive les esprits par cet étonnement pénible que provoque souvent la vue du danger couru par tout ce qui est grand et respecté. Tantôt leur impiété prend le ton piquant d'un persiflage spirituel, bien fait pour effrayer les hommes qui, contents de sauver quelques-unes des conquêtes de la révolution, abandonnent le reste à la fortune ; tantôt elle prend la parure de la poésie et les doux charmes du « lied » pour glisser dans ces âmes candides un poison subtil, et pour tromper l'esprit du bien sous le masque du véritable enthousiasme. Tout sentiment généreux devient pour eux un point d'attaque contre la société ; tout mouvement de l'âme qui honore l'humanité est en leurs mains une arme dangereuse qui se retourne contre le cœur d'où il est sorti ; toute idée vraiment grande et civilisatrice devient un épouvantail grotesque qui excite le dégoût ou provoque le rire. Ils font jaillir de leur poitrine les traits les plus sublimes des passions humaines, pour les parodier par

(1) Faust, 1re partie.

d'ignobles antithèses, et ils vont répétant sans cesse des variations sur l'air moitié frivole, moitié mélancolique de Henri Heine :

« C'est la nuit, à la lueur de la lampe, que je chante mes dou» leurs mortelles : un volume petit in-8°, chez Hoffmann et C[ie]. »

C'est l'audace même d'un critique si téméraire et si impitoyable, qui fait la puissance de ces génies destructeurs. Féconde en périls, elle attire, elle fascine par la vue même du danger. Dans les fureurs de la volupté, les bouches se pressent, non pour s'embrasser, mais pour se mordre. C'est une jouissance semblable que certains esprits trouvent dans les emportements de leur lutte contre tous les principes de la sagesse humaine. Quelle sensation voluptueuse de se sentir libre de toute entrave, exempt du ridicule préjugé qui apprend à respecter les droits d'autrui, à ne pas empiéter sur le champ de son frère et de son voisin ! Pour créer, il faut une réunion d'efforts qui ne sont pas toujours heureux et qui se dispersent souvent dans des directions incertaines ; pour détruire, tous les moyens réussissent, toutes les armes sont bonnes, tous les efforts conspirent vers un but commun. Quel bonheur cruel de sentir cette supériorité de la puissance de destruction sur la puissance de création ! Si l'on ne peut empêcher une chose de naître, on peut l'empêcher d'exister; tout ce qui doit naître, tout ce qui est, n'existe, en apparence, qu'en tant qu'il n'est pas nié. Quelle jouissance pour l'orgueil humain dans la possession de cette puissance ! Quel triomphe de l'exercer, de la faire sentir au monde, d'entrer en lutte contre l'univers et contre tous ses éléments de conservation et de durée ! Combien l'importance d'un tel combat ne doit-elle pas exalter la personnalité ! Les obstacles sont-ils ici, pour le génie de la destruction, autre chose qu'un signe de sa puissance limitée sans doute, mais encore redoutable ? La conscience de sa propre dépravation n'est-elle pas encore un attrait de plus par le plaisir secret que l'âme éprouve à régner en dépit de ses vices même ?

Le nombre n'est pas grand des hommes qui sont entrés dans cette croisade antisociale avec des intentions réfléchies et une complète intelligence du but ; mais sous leur drapeau est accourue la populace de toutes les classes, avide de contempler les coups portés à ce principe d'autorité dont elle déteste le joug, impatiente de trouver la carrière ouverte au libre développement des passions égoïstes, et toujours prête à célébrer le faux héroïsme par des applaudissements sans valeur ; car la multitude a coutume d'attribuer à la force des agresseurs la gravité et la violence du combat ; vainqueurs, elle a pour eux des couronnes ;

vaincus, elle les proclame martyrs. Voyez un malade en danger de mort ; examinez la lutte de la force vitale contre la puissance de la maladie que sa résistance irrite ; frissons fébriles, délire, pouls accéléré, voilà bien des signes qui semblent annoncer que la vie a été vaincue par un principe hostile. Mais il ne faut pas considérer la violence, l'intensité de la maladie ; examinez le résultat de ce conflit de deux puissances : le malade se relève à peine ; son corps est affaibli et chancelant, mais du moins il peut respirer encore l'air réparateur. Et quelle est cette force, si légère qu'elle soit, qui subsiste en lui ? Cette force, c'est précisément la différence des puissances opposées, c'est l'excédent de la vie sur la mort. Il y a dans cet excédent assez de force pour ramener la santé ; quant au principe destructeur, vaincu, il est retombé dans l'abîme du néant d'où il était sorti. Ainsi nous voyons l'État, ébranlé jusque dans ses bases par la tempête des révolutions, chanceler encore et menacer ruine ; mais que le regard perce le voile des apparences trompeuses, et l'on reconnaîtra que la force des intérêts positifs, loin d'être anéantie par les forces contraires, se maintient en dépit des obstacles et des secousses les plus terribles. Ne redoutons point l'avenir : la lutte n'est point terminée ; mais il n'y a de réel que le positif ; un système de négation ne peut avoir de durée, parce qu'il n'a point de réalité propre, et qu'il n'existe que par rapport à ce qu'il nie.

C'est seulement dans ses extrémités les plus audacieuses que l'esprit de négation peut se manifester sans déguisement. Arrivé à ce point, il peut se nourrir de l'horreur qu'il inspire (1). Mais, pour y atteindre, il a besoin de prendre le masque de l'affirmation ; car la négation pure ne satisfait pas l'intelligence humaine.

On a donc formulé un système qu'on oppose à l'état actuel de la société, comme le but suprême de l'avenir ; vain idéal qui ne présente rien de positif, mais qui a l'avantage de nier tout ce qui existe, sans paraître se borner à des négations.

La philosophie et la religion nous apprennent que le devoir de l'homme est de développer son activité dans l'intérêt de la famille, de l'État, de l'humanité, et que chaque progrès fait dans cette voie est un pas vers la perfection. C'est là un devoir difficile et qui demande plus d'un sacrifice. Mais comment le génie de nos philosophes modernes pourrait-il s'engager dans une route si longue et si pénible ? Atteindre le but d'un seul bond, n'est-ce pas chose facile et convenable pour un génie supérieur ? Heureux cosmopolites ! avec quel dédain, avec quel orgueilleux rica-

(1) Werder, *Rede*, etc. Berlin, 1849, p. 4 et suiv.

nement ils nous regardent, nous autres, pauvres hères, qui tâchons de grimper d'échelon en échelon vers ce but élevé où l'imagination les a portés sur ses ailes ! Quelle brillante auréole entoure le front de ces hommes dont les regards embrassent l'univers entier, par delà l'étroit horizon qui borne la vue des humbles mortels. Dans leur ascension au-dessus de la terre, la foule, saisie d'admiration, les suit d'un œil étonné : quelle gloire de planer ainsi, comme le Dieu de la Genèse, sur les grandes eaux du monde naissant ? Quoi de plus sublime, et en même temps quoi de plus commode ? Il y a aujourd'hui peu de péril à prêcher le cosmopolitisme et la fraternité universelle. L'ordre actuel de la société, étant un obstacle à la réalisation de l'idéal, ne peut demander aux apôtres de l'utopie un dévouement et des services réels. La crainte de la vindicte publique les contraint sans doute à se soumettre aux idées dominantes, et à réserver, pour un avenir plus ou moins éloigné, les illusions de leurs espérances ; elle ne leur impose pas d'autre sacrifice (1). C'est ainsi que, sous le masque du dévouement le plus absolu, se cache le plus étroit et le plus vil égoïsme. Et voilà comment on parvient à tromper la faiblesse des âmes les meilleures et les plus généreuses ! Car l'hyprocrisie, tant qu'elle n'est pas encore dévoilée, a la même puissance que la vérité ; et comme aujourd'hui, dans ses fantasmagories brillantes, elle ne montre rien que de grand et de noble, elle séduit l'intelligence de tous ceux qui aspirent réellement, sincèrement à l'idéal. Ainsi s'explique la facilité que les doctrines nouvelles ont trouvée à se répandre précisément parmi la jeunesse, dont l'activité impatiente supporte avec peine les chaînes de la réalité positive. Les meilleurs esprits, les cœurs les plus honnêtes ont été les premières victimes de la contagion. Une fois que ces âmes honnêtes ont été séduites par la solidité apparente d'un système qui fait illusion à leur ignorance, l'esprit de négation se développe en elles, excité par les penchants égoïstes de l'individu et par la résistance que l'ordre actuel oppose à la réalisation de l'utopie. « Cet esprit de négation exerce aujourd'hui ses ravages : aveugle qui ne le voit pas. Pour nous, nous avons à lui disputer toutes les conquêtes de l'intelligence dont il veut nous ravir le fruit, c'est cet esprit qui cause tous nos malheurs ; il a lâché les brides à la révolution, et il la pousse dans une voie périlleuse, toute jonchée de ruines (2). »

(1) Dahlmann, *Politik*, p. 291. — Ideler, *Seelenheilkunde*, t. II, p. 315. — Guizot, *De la démocratie en France.*

(2) Weder, *Rede*, etc., p. 20.

Ce sont ces éléments égoïstes, répandus dans la société, qui ont prédisposé les esprits à la maladie démocratique ; selon le degré de leur prépondérance, ils ont donné à ce fléau, dans les diverses contrées de l'Europe, des traits tout différents. Les diverses formes de la maladie sont chez les différents individus, le produit du développement de l'individualité, tel qu'il s'est fait par l'éducation, par les circonstances de la vie et par l'habitude, et de l'idée prédominante qui détermine chez tous les mêmes manifestations d'une pensée commune (1).

INSTINCT D'IMITATION

C'est l'*instinct d'imitation* qui produit cette contagion morale ; c'est sur lui que reposent tous les progrès du développement humain ; il est le créateur et le soutien de toute morale, contrebalançant tous les instincts, et pliant la personnalité du moi aux exigences de l'intérêt social ; il exerce sur la plupart des hommes une influence souveraine et presque sans limites, dangereuse pour l'individu et pour la société, quand il arrive à une exaltation morbide (2). Selon la cause qui le provoque, il produit des phénomènes divers ; mais quelque caractère que revête la contagion, l'intensité est toujours en raison directe de l'étendue. Des impressions physiques, telles que la vue d'un accès d'épilepsie, de chorée, etc., provoquent, par réflexion sur la moelle épinière, des phénomènes analogues dans l'individu qui reçoit l'impression. C'est ainsi que pendant des siècles l'instinct d'imitation a entraîné près de la moitié des populations dans le tourbillon insensé de la dansomanie. Dans ce cas, la contagion s'opère uniquement par la force de l'impression reçue. On l'a vu au moyen âge où les artifices de certains individus ont augmenté la contagion de quelques maladies épidémiques. « Des bandes misérables de fainéants qui savaient imiter les gestes et le sconvulsions des malades propageaient le fléau dans leurs courses vagabondes ; car dans les maladies de ce genre, les sujets impressionnables sont affectés aussi facilement par l'apparence que par la réalité (3). » Ces épidémies, dont l'apparition dépend souvent de la force de l'idée et de cette suspension de la volonté dont Paracelse a parlé dès le moyen âge, présentent également dans le tableau de leurs symptômes, des troubles du corps et des troubles de l'esprit. Elles nous fournissent la transition la plus

(1) Calmeil, *De la folie*, etc, Paris, 1845, t. I, Introduction.
(2) Ideler, t. 1, p. 295. — Hecker, *Ueber Sympàthie*, p. 8 et 9.
(3) Hecker, *die Tanzwuth*, etc. Berlin, 1832, p. 6.

naturelle pour arriver à l'examen des effets de l'instinct d'imitation dans le domaine purement psychique.

Pour comprendre l'étendue de ces effets, il suffit de considérer l'influence que la *mode* exerce sur les hommes. Non seulement par un pervertissement complet de la sensibilité, elle habitue les yeux à supporter la vue des objets les plus désagréables, elle corrompt le sentiment du beau, elle fait souffrir souvent les douleurs les plus pénibles, et donne une profonde indifférence pour tous les périls qui menacent la santé ; mais elle détruit même la pudeur, et permet à la lubricité de s'étaler honteusement. Après la révolution française (1), les femmes de Paris, pour tranquilliser la nation sur les suites de la Terreur, qui avait fait tant de vide au moyen de la guillotine, cherchaient à simuler la grossesse, au moyen des « demi-termes », et cette mode eut tant de faveur, qu'en 1796, aucune élégante n'aurait voulu se montrer en public sans cette singulière parure. Un tel usage peut s'excuser par l'abrutissement horrible de cette époque du Directoire ; mais si en Angleterre, ce pays des mœurs austères et et de la pruderie, les jeunes filles de Londres ont pu se décider à indiquer effrontément leur vocation future en imitant cette mode, il est évident que la force du sentiment moral est incapable de contre-balancer l'exaltation morbide du penchant de l'imitation (2). L'instinct de conservation est impuissant lui-même contre cet instinct plus énergique, comme le prouvent clairement les épidémies de suicide observées parmi les jeunes Milésiennes, dans la garde consulaire de Bonaparte, et le spleen des Anglais (3).

L'histoire nous apprend que les *épidémies morales* qui attaquent des populations entières, et qui tiennent les esprits même les plus éclairés dans les chaînes d'une superstition insensée, sont déterminées par l'exaltation morbide des idées provoquées par les circonstances de l'époque. Le moyen âge surtout présente à nos regards, dans des tableaux grandioses, une série étonnante de ces épidémies morales, telles que les a produites le génie chevaleresque et religieux de ce temps, et dont les croisades d'enfants sont le résultat le plus merveilleux. En ces temps d'ignorance, la *superstition* répandit sur les peuples le fléau de la folie. Pendant plus d'un siècle, une *monomanie homicide* porta la terreur dans tout l'Occident ; après s'être montrée en Allemagne vers la fin du xv[e] siècle, avec un caractère d'*anthro-*

(1) Ideler, t. II, p. 314.
(2) Ideler, p. 315.
(3) *Ibid.*, p. 618.— Esquirol. t. I, p. 343.

pophagie, elle passa en France pour s'y transformer en *lycanthropie* ; c'est seulement après 1598 qu'elle disparut, quand un arrêt du parlement de Paris eut envoyé dans un hospice de fous un lycanthrope accusé de meurtre. Elle se manifesta de nouveau, vers le milieu du XVIIIe siècle, en Pologne, en Hongrie et en Moravie, sous une forme analogue, le *vampirisme*. La *théomanie*, la *démonomanie* et l'*hystéro-démonopathie* ont, pendant trois cents ans, plongé dans la folie la plus déplorable, non seulement les hommes dépourvus de jugement, mais encore tous les savants de l'époque. Les persécutions que cette folie provoquait contre ses victimes servirent seulement à augmenter le mal. Même dans les derniers temps, dans notre siècle de lumières, comme on l'appelle, nous voyons paraître, isolément il est vrai, et sous une forme moins sauvage, ces *extravagances absurdes du fanatisme*. Les *convulsions* des jansénistes au tombeau du diacre Pâris, les *folies* des *shakers* et des *jumpers* (sauteurs et trembleurs); en Suède, le *mal de prédication* (1), et, à une date récente, *certaines tentatives pieuses* pour procréer le Messie, prouvent avec évidence que la disposition de l'esprit humain à ce mal terrible n'a pas disparu. L'histoire de ces épidémies, racontée par Hecker, et par Calmeil dans son remarquable ouvrage, est une sorte d'histoire universelle ; car à toutes les époques, les grands courants qui ont agité les nations ont amené des exaltations morbides qui peuvent servir à caractériser ces époques mêmes. Plus d'une fois sans doute, sous le voile de ces passions qui ont bouleversé l'intelligence des peuples, se sont déguisés l'orgueil, la cupidité, la vengeance, l'ambition, l'intolérance religieuse et politique. Mais si chez quelques individus, si même dans des classes entières, le délire a été feint et simulé, de telles exceptions ne détruisent point la réalité des épidémies morales qui ont frappé les nations. Parce que les habiles ont exploité la folie, la folie n'en a pas moins existé.

(1) Brierre de Boismont, *Des hallucinations, ou Histoire des apparitions, des songes, des visions, de l'extase du magnétisme et du somnambulisme*, etc. Paris, 1845, p. 249 et suiv.

(*A suivre.*)



ALIÉNATION MENTALE SYPHILITIQUE

Leçons cliniques, par le Prof. A. Mairet.

M. Fournier, dans ses leçons cliniques sur la syphilis cérébrale, avait décrit, il y a une dizaine d'années, la forme mentale de la syphilis cérébrale et avait conclu que la vérole pouvait donner naissance, d'une part, à la folie simple et, d'autre part, à un ensemble de troubles qui se rapprochent beaucoup de ceux qu'on rencontre dans la paralysie générale.

Sous l'impulsion de M. Fournier, un grand nombre de travaux parurent sur la même question et plus particulièrement sur les relations de la syphilis et de la paralysie générale. Cependant, malgré toutes ces recherches déjà accumulées, le problème des rapports pathogéniques entre la vérole et l'aliénation mentale, est encore loin d'être résolu. Les uns accordent, les autres dénient à la syphilis la possibilité de donner naissance à l'aliénation mentale.

L'auteur de cet ouvrage, qui comprend les leçons cliniques faites à la Faculté de médecine, essaie de résoudre la question en faisant appel à la clinique et aux observations tant personnelles qu'empruntées à différents auteurs, maîtres dans la matière.

Ces leçons sont au nombre de sept.

Dans la première, l'auteur étudie la syphilis cérébrale.

Il estime que l'aliénation mentale, si elle existe, est une des modalités de la syphilis cérébrale, en insistant sur les troubles sentitifs et moteurs et sur les lésions syphilitiques du cerveau constatées à l'autopsie.

Dans la deuxième leçon, M. Mairet s'occupe des rapports pathogéniques de la syphilis avec la folie simple et la paralysie générale. Cette leçon passe en revue plusieurs points importants. L'auteur tâche notamment d'élucider ce qu'il faut comprendre sous le nom de folie simple syphilitique ; il considère les faits publiés dans la science sous ce nom, comme étant ou bien des faits dans lesquels il y a simplement coïncidence entre la vérole et l'aliénation mentale, ou bien des cas d'aliénation mentale organique. L'auteur termine cette leçon en rappelant les trois théories principales émises sur les rapports pathogéniques de la syphilis et de la paralysie générale.

La 3[e] leçon fait suite à la précédente et comporte le même sujet. L'auteur convient que l'anatomie pathologique, rappro-

(1) Chez G. Masson, 1895, Paris.

chée de la symptomatologie, est le seul critérium permettant d'établir si la syphilis peut ou non donner naissance à la paralysie générale. Or, il résulte des observations recueillies par l'auteur : 1° que la syphilis cérébrale peut prendre le masque symptomatologique de la paralysie générale ; 2° que l'anatomie pathologique et l'évolution de la maladie sont différentes dans la syphilis cérébrale à forme de paralysie générale et dans la paralysie générale vraie.

Dans les leçons suivantes, M. Mairet traite longuement l'aliénation mentale syphilitique proprement dite. Cette aliénation se rattache, d'après l'auteur, à des lésions organiques du cerveau. L'anatomie pathologique nous démontre dans ce cas : 1° que toutes les lésions syphilitiques du cerveau peuvent donner naissance à l'aliénation mentale ; 2° que ces lésions sont circonscrites, localisées, à foyer unique ou à foyers multiples, qu'elles peuvent atteindre toutes les parties constitutives des hémisphères et s'étendre à d'autres régions du système nerveux ; 3° qu'à côté des lésions spécifiques, il existe souvent des lésions secondaires d'ordre vulgaire.

La symptomatologie comprend d'abord la *période prodromique*. Ici il faut insister sur les troubles moteurs et sensitifs, intellectuels et moraux. *La période de début* qui suit a une invasion ordinairement brusque. Le délire peut exister seul ou s'associer à la démence et à des troubles paralytiques, d'où quatre formes : *a*) forme de folie simple ; *b*) forme démentielle ; *c*) forme démentielle avec paralysie localisée ; *d*) forme démentielle avec paralysie généralisée. L'auteur cite plusieurs observations démontrant l'existence de ces formes. Il termine l'étude de la période de début en étudiant le délire d'une façon générale. Le délire est un délire général ; il n'est jamais partiel ; il n'a pas une forme unique et n'a pas de caractères spéciaux. Il faut enregistrer ici la fréquence des perversions sensorielles et de la forme alterne.

En ce qui concerne l'*évolution de la maladie*, il faut considérer avec l'auteur deux cas (et ici la maladie peut évoluer suivant deux types cliniques différents) : 1° l'aliénation mentale n'est pas soumise au traitement spécifique ; 2° y est soumise. Dans le premier cas, la maladie peut parfois parcourir toute son évolution dans sa forme première ; ces cas sont rares. — Ordinairement, peu importe la forme revêtue au début, la maladie tend vers une forme unique, la *paralysie généralisée*. Plusieurs observations à l'appui de ce fait. Suit la description

détaillée de cette *paralysie généralisée*, qui évolue suivant deux formes, soit que la maladie revête les allures symptomatiques de la paralysie générale vraie, soit qu'elle se distingue nettement de cette dernière. La terminaison dans ces deux formes est fatale presque toujours : par accidents intercurrents, par marasme ou par cachexie.

Dans le cas où l'aliénation mentale a été soumise au traitement spécifique, on observe ceci :

A la période de début : parfois, effets nuls du traitement ; d'autres fois, guérison ; d'autres fois, effets incomplets, mais heureux. A la période de généralisation : amélioration, rémission, intermission, guérison douteuse.

Pour ce qui est de la *Physiologie pathologique*, le siège des lésions peut seul évidemment expliquer la diversité des formes du début. L'anatomie pathologique rend compte du mécanisme de la généralisation de la paralysie.

Le diagnostic : 1° *Période de début*. Les éléments du diagnostic se tirent dans toutes les formes de l'étude des anamnestiques et de la période prodromique et, en outre, des symptômes révélateurs de la syphilis cérébrale. 2° *Paralysie généralisée* : Lorsque la maladie revêt les allures de la paralysie générale ordinaire, l'étude de la période prodromique et de la période de début fournit des éléments qui imposent le diagnostic différentiel. La symptomatologie fournit aussi des éléments précieux ; ces éléments sont tirés de la motilité de la sensibilité et de l'intelligence. Les mêmes éléments fournissent le diagnostic de nature dans les cas où la paralysie généralisée syphilitique se distingue nettement de la paralysie générale ordinaire.

La fréquence est moindre que ne le pensent certains auteurs.

La durée est très variable.

Le pronostic est grave d'une manière générale.

L'étiologie : C'est la syphilis tertiaire qui donne naissance à l'aliénation mentale. Toute syphilis, qu'elle soit grave ou bénigne, peut engendrer l'aliénation mentale ; cependant, ce sont les syphilis bénignes incomplètement traitées, qui sont, d'après l'auteur, le plus à craindre.

Causes adjuvantes : prédispositions, émotions morales, surmenage, excès.

Le traitement consiste dans l'administration du mercure et de l'iodure de potassium. La voie gastrique est la voie d'introduction par excellence aussi bien pour le mercure que pour

l'iodure. La meilleure préparation de mercure à employer est le bichlorure. Le traitement doit être énergique et consister dans l'administration simultanée des deux substances. Le bichlorure de mercure atteindra les doses de 3 à 6 centigrammes dans les 24 heures ; l'iodure de 2 à 3 grammes par jour ; arriver jusqu'à 18 et 12, dose maxima.

Une fois les doses maxima atteintes par le mercure et l'iodure, on s'y maintient pendant un temps plus ou moins long ; on diminue ensuite comme on a augmenté et on supprime le tout. On laisse reposer le malade pendant un mois, on tonifie le malade pendant cet intervalle, puis on fait une nouvelle attaque, et ainsi de suite, jusqu'à la guérison. Les sels d'or n'ont donné aucun résultat appréciable à l'auteur.

NATANSON.

LES MÉTHODES DIVERSES DE THÉRAPIE DES PSYCHOSES

Un nouveau traitement des psychoses.

Dans la séance du 23 février 1895 de la Société império-royale des médecins de Vienne, M. von WAGNER a communiqué les résultats des recherches qu'il a faites avec M. Bœck sur le traitement des psychoses par les produits bactériens, idée qui lui a été suggérée par ce fait connu, que les maladies fébriles intercurrentes exercent une action favorable sur les troubles psychiques. L'orateur a employé dans ce but la tuberculine, qu'il a injectée à la dose de 1 milligramme en commençant, pour augmenter ensuite de façon à produire une fièvre ne dépassant jamais 39°.

Trois malades, présentant au début des symptômes aigus d'aliénation mentale dont la persistance, durant deux ou trois ans, faisait craindre la transformation de la psychose en un état chronique secondaire, ont été complètement guéris par ce traitement ; plusieurs autres ont été très améliorés et guériront probablement.

L'amélioration se montre peu de temps après les injections et se manifeste après chacune d'elles, mais elle est passagère. Malgré la fièvre, le poids du corps des malades traités par la tuberculine augmente considérablement : cette augmentation peut atteindre 12 à 15 kilogrammes au bout de plusieurs mois ; on l'observe même dans les cas où l'état psychi-

que n'est pas amélioré, ce qui prouve l'innocuité du remède. Dans aucun cas on n'a eu à constater d'inconvénients à la suite de cette médication.

M. von Wagner a commencé dernièrement à faire des expériences avec des cultures du bacille pyocyanique, qui ont paru donner également de bons résultats.

M. Albert a eu l'occasion de constater l'action favorable de la transfusion chez les mélancoliques. Mais la fièvre augmente à chaque transfusion, ce qui prouve qu'il ne se produit pas d'accoutumance.

M. Gartner rappelle que, d'après les expériences qu'il a faites avec M. Roemer, la tuberculine posséderait une action lymphagogue considérable ; les effets curatifs obtenus par M. von Wagner au moyen de cette substance sont peut-être dus à un afflux plus abondant de lymphe aux organes.

(*Semaine médicale*, 27 février 1895.)

Trépanation pour aliénation mentale (1).

MM. Binet et Rebatel relatent l'observation d'un officier blessé au siège de Metz d'un éclat d'obus à la région occipitale, qui eut des accidents méningitiques, maladie dont il guérit. Dix-huit ans après il fut pris de mélancolie, alternant avec des périodes d'excitation; il eut même un accès épileptiforme. Ces accidents cérébraux présentèrent de longues périodes de rémission. Comme le dernier accès avait une durée inusitée, qu'il ne cédait devant aucun traitement, ils le firent trépaner sur la région antérieure médiane par M. Chandelux et le malade, qui n'avait aucune lésion macroscopique et qui n'était pas un hystérique, n'a présenté, depuis ce moment, aucun accident.

En conséquence, les auteurs le considèrent guéri.

M. Poncet. — Je crois qu'il faut faire des réserves sur l'avenir de ce malade, quoiqu'après une trépanation qui date de vingt-deux mois, il ait recouvré une santé à peu près parfaite. On nous a dit, en effet, qu'il éprouvait parfois, de temps à autre, pendant quelques secondes, quelques minutes, certains malaises, des battements, dans la région opérée. Ces réserves sont justifiées, d'autre part, par son histoire.

Blessé à la tête en 1870, il aurait eu, pendant quelque temps, des accidents cérébraux bizarres qui ont guéri et c'est 18 ans

(1) Société des sciences médicales de Lyon, séance du 27 février 1895. *Mercredi médical*.

après, en 1888, après cette très longue accalmie, qu'il a présenté des phénomènes nerveux inquiétants.

Ces derniers, accompagnés de quelques crises épileptiformes, avaient encore disparu, lorsqu'une deuxième rechute, plus grave, a fourni l'indication de la trépanation.

En principe, je suis partisan de cette intervention, dans bon nombre de troubles cérébraux, d'origine traumatique, mais l'expérience m'a appris qu'il fallait être très réservé sur les résultats définitifs. On obtient des améliorations pendant une durée plus ou moins longue, pendant des mois, des années, mais, le plus souvent, ce ne sont pas de véritables guérisons.

Seuls les cas où l'on trouve une cause anatomique bien déterminée sont susceptibles d'une guérison complète ; les autres cas s'améliorent, se modifient heureusement pendant un temps plus ou moins long, mais il faut craindre des rechutes et, en ce qui me concerne, j'ai dû, maintes fois, chez cette dernière catégorie de sujets, recourir à de nouvelles trépanations plus ou moins éloignées les unes des autres.

M. Colrat demande pourquoi la trépanation n'a pas été faite au niveau de la fracture du crâne.

M. Chandelux. — Aucun signe n'indiquait le choix de ce point. C'est pourquoi il a fait la trépanation au lieu d'élection. Le malade a eu quelques malaises absolument transitoires, depuis son opération, des battements dans la cicatrice opératoire.

En raison du long espace de temps écoulé depuis l'opération, on peut avoir des garanties, sans pouvoir cependant rien affirmer pour l'avenir.

De l'influence de la lumière colorée dans les maladies mentales et autres,

Par E. Savary (d'Odiandi), médecin clinicien de l'hôpital.

L'action de la lumière sur l'organisme n'est pas seulement superficielle. La lumière filtre à travers l'épiderme, le fait est prouvé. Voici un cas récent qui m'a été cité par un de mes confrères de Londres : une jeune fille fut photographiée quelques jours avant l'apparition d'une fièvre éruptive. La photographie offrit la reproduction exacte des taches qui apparurent lors de la poussée. Une modification des tissus sous-cutanés avait donc eu lieu, et sa nature était telle que la lumière réfléchie par ces tissus était composée de rayons non actiniques chimiquement, d'ondulations comprises dans la

série des rayons calorifiants de quelques centaines d'ondulations par millimètre. Il se pourrait cependant que l'épiderme fût déjà modifiée là où les taches apparurent subséquemment.

Quoi qu'il en soit, l'emmagasinage de la lumière est un fait reconnu. Une fiole remplie d'eau exposée aux rayons solaires étant placée dans une boite contenant du papier photographique sensibilisé, boite dont la lumière avait été soutirée par un séjour (étant ouverte) dans une chambre obscure, pendant douze heures, le papier exposé dans la boîte à la radiation de la lumière emmagasinée dans la fiole, sera impressionné par cette lumière.

Aucune explication satisfaisante de cet emmagasinage n'a été fournie par la science. De même pour l'emmagasinage de l'électricité dans l'organisme. Les médecins, familiarisés avec le traitement de Charcot par l'électricité statique, savent que cette électricité est retenue par l'organisme, ainsi que la lumière par les corps qu'elle frappe, bien que ces faits demeurent inexpliqués.

L'action des rayons colorés n'est donc pas bornée à l'espace de temps pendant lequel l'organisme est soumis à leur influence. Il y a imprégnation, absorption, par un procédé qui n'a pas besoin d'être compris pour être utilisé.

L'obscurité a été de tout temps employée pour calmer les enfants dans leurs accès de furieuses colères. Mais il n'existe pas d'obscurité complète, et l'effet produit est dû à certains rayons, non analysés. Les rayons calmants semblent être par excellence les rayons bleus. Ils conviennent aux maladies pyrétiques, inflammatoires et à tout état d'excitabilité mentale.

Le rayon bleu déprime le pouls et la température. Mais l'effet des rayons colorés dépend aussi de leur plus ou moins grande intensité et de la nature des aliments ou des médicaments assimilés. Une plus forte dose des médicaments excitants du groupe neuro-musculaire sera supportée à l'aide de rayons bleus projetés sur l'encéphale, et aussi sur le thorax. Le malade se place en pareil cas sous un berceau d'osier recouvert par les couvertures du lit, ainsi que dans les salles de cholériques.

La lumière électrique est placée sous ce berceau.

Les rayons rouges rendront l'action des agents dépresseurs des actions réflexes du cordon médullaire moins dangereuse.

Les rayons jaunes seront utiles aux mélancoliques.

Mais ce n'est point seulement par radiation directe que la

lumière peut être employée. Les liquides, l'eau par exemple, exposés à l'action de rayons colorés pendant un temps plus ou moins long, de un heure à six heures d'exposition, contractent des propriétés précieuses pour la thérapeutique. Le vomissement peut être provoqué dans certains cas par l'eau exposée à la radiation rouge.

Il y a là tout une révélation de faits d'un ordre nouveau.

J'en propose l'investigation systématique à nos collègues dans la voie du progrès.

Il n'y a pas de fait qui, à un jour donné, ne devienne utilisable.

Je me contente de mentionner les faits d'une manière générale. Le détail ne peut venir d'un seul expérimentateur. Il y a des éléments variés, des idiosyncrasies, des questions de climat, qui exigent des études prolongées.

Je désire seulement attirer votre attention sur un groupe de faits intéressants, je dirais étonnants, si tout n'était pas étonnant. L'habitude seule et le manque de réflexion nous empêchent de remarquer combien les plus simples faits sont merveilleux et incompréhensibles.

Traitement de la méningite cérébro-spinale par des bains chauds de 32° Réaumur,

Par le Dr J. Vorochilski (1).

Chacun sait à quel point la thérapeutique usuelle est impuissante en présence d'une méningite, aussi devons-nous accueillir avec reconnaissance toute méthode qui nous promet quelques chances de réussir dans la lutte avec cette terrible maladie. C'est le Dr Aufrecht (de Magdebourg), (voir *Therapeutische Monatshefte*, août 1894), qui le premier eut l'idée d'appliquer le bain chaud dans un cas de méningite cérébro-spinale et obtint la guérison du malade. Le même résultat a été obtenu par l'auteur dans deux cas de méningite aiguë. Dans les deux cas, il s'agit d'adultes : jeune homme de 29 ans et jeune fille de 17 ans. Dans les deux cas les symptômes méningitiques étaient des plus caractéristiques et chez les deux malades les moyens usuels ont été employés sans succès. L'auteur eut alors recours aux bains chauds à 32° Réaumur d'une durée de dix minutes. L'effet de ces bains fut tout à fait remarquable. Déjà après le premier bain on pouvait constater une améliora-

(1) *Gazette hebdomadaire médicale de la Russie méridionale*, n° 4, 1895.

tion notable : diminution de la céphalalgie, du délire, régularisation du pouls qui devenait en même temps plus plein, diminution de la fièvre, augmentation de la diurèse. La guérison a été obtenue chez le premier malade après quinze bains, à raison de deux bains par jour.

Quant à l'explication théorique des effets des bains chauds, l'auteur suppose qu'ils agissent comme un révulsif énergique, en décongestionnant les centres nerveux par afflux du sang vers la périphérie. H.

Les indications thérapeutiques de l'hypnotisme (1).

Les applications thérapeutiques de l'hypnotisme sont incontestables ; mais elles ne sont ni très étendues ni très constantes dans leurs effets. Dans tous les cas, l'auteur a pu faire disparaître les troubles suivants : *a*) Contractures hystériques (quelques séances suffisent dans la plupart des cas) ; *b*) céphalalgies hystériques ; *c*) hoquets et vomissements incoercibles ; *d*) aphonie, paralysies et anesthésies psychiques ; *e*) idées fixes (on les combat difficilement) ; *f*) crises convulsives ; *g*) morphinomanie (résultats très intéressants) ; *h*) douleurs lancinantes du tabès chez la femme ; *i*) mouvements choréiformes et très rythmiques ; *j*) bégaiement provenant des névroses ou d'affaiblissement consécutif à une fièvre ; *k*) incontinence diurne des urines (chez les enfants) ; *l*) insomnie. L'hypnotisme ne semble pas applicable au traitement de la folie. Dans les affections organiques, l'hypnose agit cependant fort bien sur l'élément subjectif (douleur, insomnie, pessimisme, inappétence, etc.) M. a essayé les applications pédagogiques de l'hypnotisme : il est parvenu dans certains cas à modifier le caractère des enfants affectés de dégénérescence héréditaire. Il a même essayé de combattre un amour contrarié. Mais les résultats ont été de courte durée. L'effet utile du traitement hypnotique n'est ni constant, ni durable ; il faut répéter les suggestions maintes et maintes fois. Quand on ne réussit pas dans la première ou les premières séances, contre certains symptômes tels qu'une contracture ou une paralysie psychiques, il est presque inutile de continuer les tentatives. Lorsqu'on a fait disparaître, à l'aide de la suggestion, un phénomène tel que la contracture, on peut voir survenir un autre trouble, qui peut également céder sous la même influence. La sugges-

(1) Morselli : *Rev. de l'hypnotisme*, décembre 1894, et *Revue internationale*, 25 mai 1895.

tion hypnotique doit donc être aidée dans son application par d'autres moyens, l'hydrothérapie, l'électrothérapie, les drogues, l'isolement, le massage, la méthode de Weir-Mitchel et Playfair, etc., lui rendent d'énormes services. Incontestablement, pourtant, la suggestion reste un puissant moyen thérapeutique, étant donné la pénurie des traitements neuropathiques.

PAUL SÉRIEUX.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du 29 *octobre* 1894.

Présidence de M. Auguste VOISIN.

Elections.

M. Miguel Bombarda, professeur à la Faculté de médecine de Lisbonne, médecin-directeur de l'asile de Billafolles, est nommé membre associé étranger.

M. Hannion, ancien interne des asiles de la Seine, est nommé membre correspondant.

Des asiles spéciaux pour les alcoolisés.

M. Christian est opposé à la création d'asiles spéciaux, exclusivement destinés aux buveurs. On ne saurait y interner les aliénés, devenus malades sous l'influence de l'alcool ; leur place est dans une maison d'aliénés. Si l'on se borne à y placer les alcooliques proprement dits, que fera-t-on une fois les accidents aigus dissipés ? a-t-on le droit de refuser aux malades leur sortie ? C'est seulement du jour où la production de l'alcool sera soumise à une législation spéciale, que l'on pourra songer à une loi répressive de l'ivresse.

M. Joffroy émet l'avis que ce qui importe le plus, c'est d'améliorer l'alcool, et le meilleur moyen d'y arriver serait d'établir le monopole, non pas de la fabrication, mais de la rectification de l'alcool.

D'après M. Motet, la question est des plus importantes. Depuis un certain nombre d'années la distillation des mélasses, betteraves, avoines, pommes de terre, a lancé dans la circulation des alcools contenant des principes toxiques. Il est du devoir des médecins d'avertir les populations du danger auquel elles s'exposent en absorbant de tels alcools.

M. Ballet pense qu'il serait préférable de demander une surveillance plus attentive de la rectification comme elle est actuellement faite.

La séance est levée à cinq heures et demie.

—

Séance du 26 novembre 1894.

Présidence de M. Auguste Voisin.

Elections :

Sont nommés membres associés étrangers : M. Fletcher Deach, ex-médecin en chef de l'asile de Darenth, directeur de la Winchester House, secrétaire général de la Société médico-psychologique de Grande-Bretagne et d'Irlande.

M. Conolly Norman superintendant du Richmond Asylum, à Dublin, président de la Société médico-psychologique de Grande-Bretagne et d'Irlande.

M. George H. Rohé, superintendant de l'hôpital des aliénés du Maryland, professeur de médecine mentale au collège des médecins et chirurgiens de Baltimore.

Coexistence d'hallucinations verbales auditives (sensorielles) et d'hallucinations verbales psycho-motrices. Dialogue entre les voix extérieures et intérieures.

M. Paul Garnier lit l'observation d'un malade chez qui les hallucinations verbales auditives se séparent nettement des hallucinations verbales psycho-motrices.

Le malade est halluciné *intus* et *extra* ; il *extériorise* et *intériorise* deux ordres de phénomènes dus à l'excitation pathologique des centres qui président à la formation, ici des images verbales auditives, là des images verbales d'articulation.

D'après M. Séglas, les dialogues hallucinatoires, chez les aliénés, peuvent se présenter de façons diverses. Tantôt les voix dialoguées se rapportent toutes, soit à des hallucinations verbales auditives, soit à des hallucinations verbales motrices; tantôt, comme dans l'observation de M. Garnier, le dialogue se fait entre hallucinations auditives et motrices. C'est ce qu'il désigne sous le nom d'hallucinations antagonistes.

Hallucinations psycho-motrices dans l'alcoolisme.

M. Vallon rapporte deux observations d'hallucinations psycho-motrices chez des alcooliques. Dans le premier cas, délire religieux, hallucinations psycho-motrices éphémères, halluci-

nations de l'ouïe et de la sensibilité générale, pas d'hallucinations de la vue. Le second malade est atteint d'alcoolisme chronique avec accidents subaigus ; hallucinations de la vue, hallucinations de l'ouïe prédominantes à droite, lors d'un premier accès, à gauche pendant le second ; par moments, antagonisme entre les voix rapprochées qui attaquent et les voix éloignées qui défendent le malade ; troubles psycho-moteurs.

Sur la pathogénie des attaques épileptiformes dans la paralysie générale.

M. Legrain lit un travail qu'il termine par les conclusions suivantes :

1° Pour l'interprétation des ictus épileptiformes et apoplectiformes de la paralysie générale, il est peut-être bon de faire abstraction des seules lésions du système nerveux central, et de voir dans certaines de ces manifestations les conséquences d'un trouble grave de la nutrition, sous la dépendance de lésions des viscères, autres que le cerveau et la moelle.

2° Dans la paralysie générale, et en particulier chez les paralytiques généraux à grandes attaques, la tonicité du sang peut être augmentée. Dans ce cas, il y aurait toxémie. Cette toxémie se traduit cliniquement par des syndromes comparables à ceux de l'urémie convulsive ou comateuse et qu'on dénomme attaques épileptiformes et apoplectiformes.

Le sérum sanguin est le véhicule des poisons. Injecté à l'animal, il provoque, à faible dose, la mort par convulsion, et, d'une manière générale, il fait naître des symptômes rappelant ceux que produisent les injections intra-veineuses d'urines convulsivantes.

4° Cette urotoxémie trouverait sa cause non seulement dans les lésions rénales qu'on observe fréquemment, mais aussi dans d'autres lésions de viscères tels que le foie.

5° Les paralytiques généraux indemnes d'attaques seraient ceux qui conserveraient in extremis leur perméabilité rénale.

6° Les accidents convulsifs, témoins de désordres anatomiques viscéraux plus ou moins profonds, seraient une preuve que la paralysie générale n'est pas toujours une maladie exclusivement cantonnée dans le système nerveux central. On sait, en effet, combien sont nombreuses, en dehors des polynévrites, récemment signalées, les lésions viscérales chez les paralytiques. On connaît notamment surtout la fréquence

de l'artério-sclérose qui peut être considérée comme le trait d'union entre toutes les lésions viscérales observées.

7° Enfin, cette conception de la pathogénie des ictus aurait une utilité pratique si, en effet, on ne peut d'ores et déjà opposer à la maladie confirmée, un traitement curatif, on peut tout au moins opposer utilement un paliatif à ses symptômes les plus graves.

La principale indication serait, dans l'espèce, de décharger le sang d'une partie de ses produits toxiques, en pratiquant une saignée copieuse.

Cette pratique, qui n'a rien de redoutable lorsqu'elle s'adresse à des malades encore valides, m'a donné d'excellents résultats jusqu'à présent, en procurant à certains de mes malades une survie inespérée. Pourrai-je ajouter, en vertu de cette expérience thérapeutique, que le traitement s'est ainsi montré démonstratif de l'hypothèse que j'ai essayé de mettre en lumière dans le présent travail ?

M. Garnier s'étonne de voir M. Legrain réhabiliter la saignée dans la paralysie générale.

M. Vallon croit que les attaques peuvent être dues à des toxémies, mais avant tout à des congestions ; il n'oserait pas employer la saignée.

La séance est levée à six heures.

—

Séance du 31 décembre 1894.

Présidence de M. Auguste Voisin.

Election du Bureau pour 1895.

Le Bureau pour l'année 1895 est ainsi constitué :

Président : M. Moreau de (Tours).
Vice-Président : M. Charpentier.
Secrétaire général : M. Ritti.
Secrétaires annuels : MM. René Semelaigne et Sollier.



Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères, place Saint-André, 3.
Maison spéciale pour Journaux et Revues.



ANNALES

DE PSYCHIATRIE

ET

D'HYPNOLOGIE

PROPULSION LOCOMOTRICE D'ORIGINE CÉRÉBELLEUSE

Guérison extemporanée par l'action de couronnes aimantées (1)

Par J. Luys.

Dans l'état général des idées, on envisage volontiers le contenu de la boîte encéphalique comme étant le réservoir exclusif des pensées et des sentiments. L'intelligence et l'activité psychique résident seules dans le contenu cranien ; on ne voit que cela et on s'en tient là.

Mais combien cette conception est incomplète ! combien la pathologie avec ses enseignements topiques ne vient-elle pas à chaque instant nous donner un démenti et nous faire voir qu'il y a autres choses sous la calotte du crâne, et encore bien des forces nerveuses, non classées, qui sont parties prenantes dans la vie du système nerveux et qui jouent dans l'ensemble un rôle mystérieux d'une haute importance !

Ce sont les activités locomotrices, ce sont ces forces nerveuses qui, concentrées dans les régions de la base et irradiées du cervelet comme d'une pile en incessante activité pendant la période diurne, qui se concentrent dans les divers noyaux de la protubérance, et du bulbe et qui s'y accumulent comme dans de véritables accumulateurs, en constituant comme une réserve permanente qui se dépense dans toutes nos activités motrices.

Eh bien ! ces forces qui, à l'état normal, s'accumulent silen-

(1) *Gazette des Hôpitaux*, 23 juillet 1895.

cieusement à l'état statique, elles ont un substratum organique sensible, impressionnable, susceptible d'avoir des hauts et des bas dans son activité biologique. Ces groupes de cellules à action locomotrice sont susceptibles de s'exalter et localement se développer, des incitations dynamiques qui, par leur soudaineté, peuvent compromettre l'harmonie de l'ensemble. Elles retentissent par leur rayonnement morbide sur les différentes catégories des régions associées, telles que celles de l'intelligence et des manifestations psychiques, si bien que l'individu, par l'entraînement automatique de ses réserves motrices encéphaliques, se voit poussé à produire certains mouvements désordonnés, certaines réactions motrices involontaires, qui ne sont que les manifestations inconscientes de certaines parties de son encéphale qui se trouvent localement en état d'éréthisme morbide.

C'est ainsi que les mouvements convulsifs, les mouvements choréiques, les tremblements, les impulsions motrices diverses, tels les tics, ne sont que les expressions localisées des désordres de ces mêmes régions motrices et à proprement parler, de véritables *délires* partiels, au même titre que l'excitation maniaque trahit la surexcitation dynamique des régions où s'opèrent les phénomènes de l'intelligence et de la vie psychique. — En voici un exemple bien tranché.

Il s'agit d'un jeune sujet masculin qui, sous le coup d'un excès de spiritueux dont l'action élective, porte tout d'abord sur les mêmes régions motrices de la base de l'encéphale (titubation, incertitude de la déambulation des ivrognes) et qui fut pris d'impulsion volontaire à marcher devant lui en conservant sa lucidité et sans pouvoir s'arrêter. Il était pris en même temps de mouvements choréiformes dans les bras et dans la face ; il a marché ainsi devant lui de Paris à Versailles, comme dans certains cas de somnambulisme ambulatoire. Là, sa physionomie étrange attira l'attention, il fut arrêté et reconduit à Paris et placé dans un service à la Salpêtrière ; ce n'est que quelques mois après, que n'étant pas amélioré, il fut placé dans mon service à la Charité.

Là, au moment où je le vis, il me raconta son voyage pédestre involontaire, la surprise qu'il éprouvait de ne pouvoir s'arrêter et en même temps il était pris de mouvements du bras, de la tête, sous forme de petites décharges motrices répétées ; ses membres supérieurs étaient en mouvement perpétuel, on était obligé de le maintenir et de le fixer. A ce moment, en présence de cette symptomatologie insolite sur

laquelle les moyens thérapeutiques ordinaires ont si peu d'action, j'ai eu l'idée d'employer les couronnes aimantées dont je me sers dans mon service dans certaines maladies convulsives. J'appliquai alors deux couronnes suivant les formules que j'ai prescrites, l'une autour du crâne, et une seconde plus large autour de la base du cou.

Une fois ces couronnes bien appliquées, au bout de quelques minutes, toutes les personnes du service constataient leurs effets sédatifs, et notre surprise fut grande de voir que cet homme qui, depuis plusieurs mois, était dans un perpétuel état d'agitation musculaire, sous forme de petites décharges des muscles, des bras, du tronc, de la face, s'apaisait peu à peu, et que toutes les contractions cloniques qui le bouleversaient s'épuisaient, insensiblement domptées en quelque sorte par l'influence magnétique des couronnes.

Ces couronnes furent maintenues en place pendant tout le jour et toute la nuit, et le calme se maintint.

Le lendemain, on fit quelques tentatives pour les retirer, et les convulsions cloniques réapparurent ; on les maintint ainsi appliquées et, comme on va le voir dans l'observation ci-contre, on habitua méthodiquement le malade à reprendre, sa tranquillité, par des applications et des soustractions successives.

Voici quelques détails relatifs à ce malade qui ont été recueillis par un élève du service.

P..., ouvrier fumiste, vingt-six ans. Comme antécédents héréditaires, son père est mort tuberculeux, sa mère est bien portante, et il y a trois ans, il vomit le sang. M. Cornil, dans le service duquel il fut placé, constata la tuberculose à la deuxième période ; il fut ensuite soigné à l'hôpital Laënnec pendant quatre mois ; les vomissements durèrent deux mois, et il est sorti de l'hôpital très amélioré.

Il y a trois mois, il s'enivra dans la nuit avec une grande quantité d'absinthe et rentra chez lui en proie à un accès d'excitation maniaque et, au lieu de rentrer dans sa chambre, il grimpa sur les toits de sa maison sans se faire mal. Après avoir longtemps interpellé les personnes qui passaient, il cassa tout chez lui, le propriétaire fut obligé de requérir les agents qui le conduisirent au poste ; le soir à quatre heures il reprit sa connaissance et demanda à rentrer à son domicile.

On lui raconta ce qu'il avait dit et fait, et lui, dit qu'il était fou, et ne se souvenait de rien ; alors il prit ses vêtements, quitta sa

chambre et repartit. Arrivé ainsi près des magasins du Printemps, en ce moment il voulait retourner en arrière, mais affirme qu'il ne pouvait pas ; *il était entraîné à marcher par une propulsion irrésistible.* Il ressentait des commotions dans les bras et les épaules, et il marcha alors devant lui, car cela lui faisait moins mal de marcher que de rester en place, il alla ainsi jusqu'à Versailles. Il lui semblait entendre dans sa route des pierres qui tombaient et reconnaissait son propriétaire dans toutes les personnes qui passaient. En arrivant à Versailles, plusieurs personnes le prirent pour un fou, mais lui répondit aux questions qu'on lui adressait qu'il n'était pas malade et il paraissait lucide. A ce moment, il tremblait des bras et de la face, et il continuait à marcher en avant et se mettait à courir avec une allure bizare. Il attira l'attention de l'autorité et fut reconduit à Paris. Arrivé à son domicile, il ne resta pas tranquille.

Il se promena ainsi toute la nuit ; au matin, il visita plusieurs églises et se rendit à la consultation de l'Hôtel-Dieu, c'est alors qu'il fut dirigé sur la Salpêtrière. Il fut traité par le chloral et la caféine, il n'en eut aucun soulagement ; il demanda sa sortie au bout d'un mois. De là à Laënnec, service de M. Ball, où il est resté un mois, il en sortit sans aucune amélioration.

Il entra quelques jours après à la Charité chez M. Luys ; à ce moment ses bras se mettaient seuls en mouvement, les mains se frottaient l'une contre l'autre comme si elles tenaient des cimbales, le malade ne pouvait faire aucun mouvement *seul et ne pouvait pas manger seul.* Les muscles des bras, de la face et du tronc se contractaient incessamment et lui donnaient des tics dans les muscles du nez, de la face et dans les yeux ; il dormait mal la nuit à cause de ses tremblements.

Aussitôt qu'il était debout il était poussé comme par un ressort, il était obligé de courir pour ne pas tomber. C'est alors que M. le docteur Luys eut l'idée de lui appliquer les couronnes aimantées, une sur la tête et une à la base du cou. L'effet fut immédiat, peu à peu les tremblements se calmèrent et finirent par disparaître au bout d'une heure. Ce premier jour, le malade écrivit quatre pages, chose qu'il n'avait pu faire depuis quatre mois ; il ne mangeait pas seul, et il put s'alimenter *seul*. Il est à remarquer que, pendant toute cette journée et la nuit, il avait conservé les couronnes.

Le lendemain, on voulut les lui retirer, les tremblements le reprirent ; on lui remit les couronnes et, au bout de quelques instants, les tremblements étaient arrêtés. Plusieurs fois, depuis cette époque, on fit cette expérience, on lui enlevait les couron-

nes et les tremblements reparaissaient ; ils disparaissaient lorsqu'on les lui remettait. Enfin, le vingt-quatrième jour depuis son entrée dans le service, on essaya de les lui retirer et, à partir de ce moment, il ne trembla plus. Il resta plusieurs jours sans trembler et il eut encore une petite rechute à la vue d'un malade qui était tombé dans une attaque d'épilepsie. Il eut encore un accès de tremblement comme les précédents, on lui remit les couronnes et, au bout d'une heure, on put les lui retirer. Depuis cette époque, il a été en observation pendant plusieurs semaines et les tremblements n'ont pas reparu.

Il fut considéré comme guéri et on signa sa pancarte.

Il résulte de ce simple exposé que ce malade, atteint de phénomènes d'excitation cérébelleuse à la suite d'une forte ingestion de liqueur d'absinthe, avec impulsions locomotrices irrésistibles, fut soudainement guéri de ses convulsions cloniques dont il était atteint, par l'action seule des couronnes aimantées, après avoir été inutilement traité, pendant un séjour de cinq mois dans plusieurs hôpitaux, à l'aide des moyens thérapeutiques usuels.



UNE FORME PARTICULIÈRE D'ÉPILEPSIE CORTICALE [1]

par le professeur A. Koschewnikoff, de Moscou

Communication recueillie et traduite du russe, par M. Natanson

(*Revue médicale Russe de Moscou*, n° 14, 1894.)

Le savant professeur russe a fait connaître à la Société Neurologique de Moscou, en date du 21 Janvier 1894, quatre observations d'épilepsie corticale qui s'éloignent sensiblement de la forme typique de cette maladie. Ces malades présentaient notamment, à côté des accès d'épilepsie, une série de manifestations nerveuses continues, qui étaient pour les malades plus pénibles que les crises d'épilepsie proprement dites, manifestations qui, dans ces cas particuliers, constituaient ainsi le côté le plus saillant, si ce n'est le plus terrible, de l'affection. Ces observations sont traitées avec beaucoup de détails dans la « *Revue Médicale, de Moscou* », n° 14, et nous y renvoyons le lecteur.

Comme, d'autre part, ces observations se ressemblent beaucoup, quant aux caractères essentiels de l'affection, nous croyons suffisant d'en consigner une dans le présent compte rendu, et nous passerons immédiatement aux différentes déductions scientifiques qui peuvent en résulter. Cette observation peut se résumer en quelques mots :

« Ph. G., paysan de 42 ans, malade depuis novembre 1883, entre à l'hôpital en octobre 1885, y reste jusqu'à sa mort, juillet 1889.

Antécédents héréditaires. — Rien de particulier au point de vue nerveux, pas de syphilis héréditaire. — *Antécédents personnels*. — Plusieurs traumatismes aux membres supérieurs et inférieurs à différentes époques, mais n'ayant laissé aucune trace sensible, sans aucune répercussion sur l'organisme. Une dizaine d'années avant l'apparition des premiers symptômes morbides, traumatisme des parties molles du crâne, sans perte de connaissance, ni autres symptômes pouvant faire croire à une commotion ou à une contusion cérébrale. Pas de syphilis ni d'alcoolisme.

Histoire de la maladie. — La maladie a débuté, après un refroidissement, par une douleur pongitive à l'épaule gauche, et un tremblement dans la main gauche à propos d'un mouvement volontaire quelconque. Ce tremblement, d'abord passager, devenait

(1) Moscou, 1894. Chez A. Mamontoff.

plus fréquent et mit bientôt le malade dans l'impossibilité de se servir de sa main. En 1884, en se réveillant un jour, le malade s'aperçut d'une parésie dans le pied gauche. Il se vit donc obligé de traîner la jambe en marchant. La première crise d'épiplepsie débuta le 15 novembre 1884. Cette crise était précédée par une espèce d'aura, qui consistait en une douleur pongitive dans le pied gauche et des contractions cloniques dans la main gauche, pied gauche, et la moitié gauche de la face. Aussitôt après, le malade perdit connaissance pendant une quinzaine de minutes. Après avoir repris ses sens, il s'aperçut que sa langue était mordue. Après cette première crise, survint une légère accalmie, malheureusement de très courte durée ; les tremblements dans le pied gauche reprirent de plus belle. Le malade ne pouvait ni marcher ni travailler. Quelque temps après, survint la deuxième crise absolument analogue à la première ; ces crises eurent lieu ensuite toutes les semaines. Pendant les intervalles (ce qui est très important), les tremblements persistaient plus ou moins intenses, C'est dans cet état qu'il entra à l'hôpital.

Etat actuel. — Les tremblements et les contractions cloniques dont le pied et la main gauches sont le siège, attirent immédiatement l'attention de l'auteur. Ces contractions sont continues et donnent peu de répit au malade qui est obligé de prendre les attitudes les plus bizarres pour diminuer l'extrême fatigue amenée par ces contractions incessantes. Le moindre contact, l'approche même d'un étranger près du lit du malade l'émeuvent considérablement : les contractions augmentent d'intensité, la respiration s'accélère, la face se cyanose et exprime la profonde anxiété. Le malade arrive à dormir pendant les rares moments où les contractions deviennent moins intenses, mais le plus souvent ces dernières ne laissent pas le malade fermer l'œil. Du côté des organes, rien de particulier. Organes des sens ; normaux ; cicatrices, toutes indolores ; ni paralysie, ni atrophie musculaires. Atrophie des éminences thénar et hypothénar en rapport avec un ancien traumatisme profond du poignet. Réflexes normaux, un peu exagérés à gauche ; pas de maux de tête. Sommeil : dépend de la plus ou moins grande intensité des contractions. Activité psychique, normale ; humeur un peu triste, mais facilement explicable ; appétit et digestion : bons ; miction et défécation : rien d'anormal ; urine : composition normale. — Malgré les différents traitements, aucune amélioration sérieuse. On a proposé au malade la trépanation, mais il n'y consentit point. Mort à la suite de la dysenterie. « L'autopsie n'a pu être pratiquée en présence du refus de la famille. »

La maladie a donc duré dans ce cas cinq ans et demi. Elle avait débuté par des contractions locales dans la main gauche; ces contractions devenaient de plus en plus fréquentes, il s'y ajoutait une certaine faiblesse et parésie dans le pied gauche, et ce n'est que dix mois après qu'apparut la première crise épileptique, crise qui revenait par intervalles. Quant aux contractions spasmodiques dans le pied et la main gauches, elles devinrent continues.

Après avoir atteint son complet développement, la maladie resta stationnaire pendant quelques années. Mais l'état général empirait de plus en plus : aussi, le malade n'a-t-il pu supporter la dysenterie, quoique celle-ci se manifestât dans sa forme moyenne.

Le facteur étiologique dans ce cas a été difficile à élucider. Avant tout, attirent l'attention, les différents traumatismes qu'avait subis le malade; mais, il est à présumer, qu'aucun d'eux n'a été le point de départ de sa maladie. Il est vrai, qu'on pourrait, à la rigueur, attacher une certaine importance au traumatisme de la tête, mais, comme nous l'avons déjà vu, il n'eut pour résultat aucune suite défavorable pour le malade ; la cicatrice qui en résulta était indolore, mobile, se limitant uniquement aux téguments externes du crâne; les os du crâne étaient intacts; le malade ne se plaignit jamais de maux de tête continus. Enfin, la blessure siégeait sur le côté gauche du crâne, c'est-à-dire, sur le côté des extrémités atteintes et non sur le côté opposé.

Ainsi donc, le traumatisme en question n'était pour rien dans la genèse de cette affection, et la cause la plus proche de cette dernière restait inconnue.

Il résulte de la quatrième observation, que nous ne reproduisons pas ici, que la maladie avait duré 3 1/2 ans. Elle avait débuté dans ce dernier cas par une crise épileptique (ce qui est l'inverse pour les observations précédentes où la crise épileptique était plus tardive et succédait aux contractions). Au début, les intervalles entre les crises étaient libres, mais petit à petit, survinrent des contractions spasmodiques à caractère clonique dans la main et la face, contractions qui devinrent plus tard continues. Quant à l'étiologie de l'affection dans ce dernier cas, on pourrait invoquer l'abus de l'alcool, auquel s'adonnait manifestement le malade. Pourtant, il n'a jamais eu ni delirium tremens, ni paralysies d'origine éthylique, ni troubles gastriques, ni troubles de la circulation, de sorte qu'il serait tant soit peu hasardeux d'invoquer l'alcool comme fac-

teur étiologique ayant pu engendrer la maladie. Quant aux autres éléments, malgré toutes les recherches, on n'a pu en relever aucun de sérieux.

Il résulte du tableau clinique de toutes ces observations, que la maladie avait évolué de la même façon pour tous ces cas. Il s'agissait là évidemment des cas d'épilepsie. Tous ces malades présentaient des crises épileptiques bien caractéristiques durant leur séjour à l'hôpital. On n'a pas eu affaire ici à l'épilepsie idiopathique ; tout, au contraire, indiquait qu'il s'agissait de cette forme secondaire, connue sous le nom d'épilepsie corticale ou partielle. En effet, chacun des malades avait des crises qui débutaient toujours par des contractions et de la douleur dans des territoires musculaires bien déterminés ; les contractions s'étendaient ensuite à d'autres territoires et toujours en rapport exact avec la situation anatomique des centres psycho-moteurs. La connaissance existait au début, aussi le malade pouvait-il raconter avec détails toutes les phases de sa crise. Parfois même la crise se bornait là. D'autres fois, les contractions augmentaient d'intensité, se propageaient jusqu'à envahir l'autre moitié du corps, se généralisaient et se terminaient par une crise d'épilepsie typique avec perte de connaissance, la morsure de la langue, pâleur et rougeur de la face, etc. Mais, malgré ces derniers caractères, le tableau clinique de cette maladie différait quand même de celui de l'épilepsie corticale Jacksonnienne, car dans la forme typique, il y a des intervalles libres depuis le commencement jusqu'à la fin de l'affection ; pendant ces intervalles, le malade n'a pas de contractions, il peut se servir de ses extrémités, il peut vaquer à ses occupations ordinaires jusqu'à l'explosion de la nouvelle crise.

Or, dans les observations précitées, malgré les crises rappelant celle de l'épilepsie corticale classique, il n'y avait pas d'intervalles libres entre deux crises. Les contractions cloniques étaient continues dans tous ces cas. Ces contractions augmentaient ou diminuaient d'intensité ; dans le premier cas elles pouvaient passer à l'état d'une vraie crise d'épilepsie. La crise d'épilepsie présentait donc ici le plus haut degré de développement de ces contractions spasmodiques ; en d'autres termes, les contractions continues présentaient ici le commencement ou un degré faible de crise épileptique. En conséquence, on peut dire que la crise d'épilepsie était continue chez les quatre malades ; — c'est par là que leur maladie se distinguait de la forme classique d'épilepsie corticale. On peut

encore dire que ces *malades avaient l'épilepsie corticale, mais dans sa forme la plus grave, du moins quant aux contractions spasmodiques*. Pour la distinguer, le professeur Koschewnikoff l'appelle *épilepsie corticale partielle continue*.

Il est évident que dans tous ces cas il y avait lésion organique du cerveau. Plusieurs éléments plaidaient en faveur de cette hypothèse : la durée et l'uniformité de la maladie, la disposition des troubles morbides sous forme hémiplégique, l'existence à côté des contractions d'un état parétique des extrémités et des contractures.

Mais, si, réellement une lésion cérébrale existait dans tous les cas, de quelle nature était-elle ? Malheureusement, la solution de cette question est difficile, car dans le premier cas, l'autopsie n'a pu être pratiquée ; d'autre part, ni dans le premier, ni dans les autres cas, la trépanation n'a pu être exécutée.

On peut donc se livrer à toute sorte de suppositions pour la solution du problème, en se basant exclusivement sur les manifestations d'ordre clinique. Le siège du processus morbide peut être très exactement précisé dans chacun des cas décrits par l'auteur. D'une façon générale, il faut convenir que la lésion siégeait dans l'hémisphère opposé au côté du corps envahi par les contractions. La lésion se trouvait au voisinage des centres moteurs de l'écorce, sans que ces centres aient été complètement détruits par le processus pathologique, — car alors on aurait constaté chez les malades des paralysies bien nettes et bien localisées. Dans le premier cas, la lésion siégeait sur l'hémisphère droit. Dans le 2[e] cas, sur l'hémisphère gauche. Dans le 3[e] cas, sur l'hémisphère droit et dans le 4[e] cas, sur l'hémisphère gauche.

Ce qui est plus difficile, c'est de se prononcer sur la nature du processus pathologique. Dans aucun de ses cas, on n'a pu trouver le véritable facteur étiologique ayant pu engendrer l'affection. On peut arriver à quelque résultat par la voie d'élimination.

Evidemment, aucun de ces cas n'a présenté un processus morbide aigu : ni inflammation aiguë, ni hémorrhagie, ni thrombose, ni embolie. La maladie a évolué, au contraire, lentement et petit à petit et, une fois développée, continuait d'exister très longtemps (plusieurs années dans chacune de ces observations), — ainsi donc, il faut nécessairement admettre un processus essentiellement chronique.

On ne peut pas admettre ici l'éventualité d'un processus

morbide ayant pour résultat la diminution de la capacité du crâne, car aucun des symptômes cérébraux, tels que mal de tête, vertiges, vomissements, ralentissement du pouls, etc., n'avaient été enregistrés. Il n'y avait pas non plus de troubles de l'activité psychique chez les malades. En se basant là-dessus, il faut éliminer immédiatement l'idée d'une tumeur du cerveau. Même chose à dire de l'hydrocéphalie chronique et de l'abcès du cerveau. Il reste donc, parmi les processus chroniques, l'encéphalite avec transformation scléreuse consécutive de la substance cérébrale, sans parler d'une méningite chronique localisée avec adhérence des méninges à la substance cérébrale et modification pathologique de cette dernière. On peut encore songer à la rigueur aux cysticerques du cerveau. Mais cette dernière supposition est peu probable, car nulle part dans l'économie on n'a pu rien relever pouvant faire songer à la pénétration du parasite dans l'organisme.

Dans tous ces cas, la maladie durait des années, était très pénible pour les malades et ne cédait à aucune médication. En présence de cet état de choses, on songea naturellement à la trépanation. Malheureusement, aucun de ces malades n'y consentit. Il est vrai que s'il s'était agi de la sclérose cérébrale, l'opération n'aurait pas fourni le résultat espéré. Mais, d'autre part, il aurait pu se faire, qu'au lieu de cette lésion, on se fût heurté à une des lésions chroniques énumérées : cysticerques, lésions des os du crâne, adhérence des enveloppes, etc., — l'opération, dans ces cas aurait, certainement donné un résultat favorable.

De sorte qu'en résumé, conclut l'auteur, la seule ligne de conduite qu'il eût fallu tenir en l'occurence d'une affection pareille était, malgré tout, l'intervention chirurgicale qui eût donné les mêmes résultats favorables qu'elle donne presque toujours dans le cas de l'épilepsie corticale partielle classique.



SUR UNE OBSERVATION DE POLYNÉVRITE

(PSEUDO-TABES DORSAL)

AVEC RAMOLLISSEMENT DU RENFLEMENT CERVICO-DORSAL DE LA MOELLE, D'ORIGINE SYPHILIQUE ET ALCOOLIQUE

Par le Dr Petrini (de Galatz.)

Le malade qui fait le sujet de cette observation est un cordonnier, âgé de 37 ans, alcoolique, qui a eu la syphilis. Ce malade dans le courant de l'année 1889-90,a été en traitement dans un service médical de notre hôpital Philantropia (Bucarest) où il a été traité pour la première fois d'ataxie locomotrice de Duchenne (de Boulogne) et à la suite d'un traitement antisyphilitique mixte *est sorti guéri au bout de trois mois.* Pendant son séjour au dit hôpital il a présenté tous les signes classiques de l'ataxie de Duchenne (de Boulogne) ; et pendant ce temps il a été aussi atteint de la paralysie des membres supérieurs,de sorte que l'infirmière de la salle devait lui donner à manger. Après trois mois,comme nous venons de le dire il sort guéri, mais il offrait encore une légère abolition des réflexes rotuliens ; il pouvait tout de même continuer son métier. Après trois semaines il rentre de nouveau dans le même service pour y être soigné cette fois pour un rhumatisme polyarticulaire, et après quelques semaines il sort encore guéri et en état de pouvoir travailler. *Pendant huit mois le malade se porte bien, il peut marcher et continue bien son métier.* Ensuite, en janvier 1891, il commence à sentir des douleurs dans les membres inférieurs, des fourmillements, de la fatigue dans la marche, et bientôt il ne peut plus marcher, il ne pouvait plus travailler.

Se voyant dans cet état il entre dans mon service de l'hôpital Colentina, le 15/27 février de l'année 1891. A ma première visite je constate l'abolition complète des réflexes rotuliens, l'intégrité de la vision, la mobilité normale de la pupille, la conservation normale des sphincters.

En mettant le malade debout et en lui disant de marcher j'observe qu'il bouge avec grande difficulté, à peine peut-il faire quelques pas dans la salle. On remarque qu'il n'a pas de l'incoordination ou des désordres dans la marche, mais qu'il ne peut marcher aisément, qu'il se conduit comme un paralysé assez avancé.Les sens plantaire et musculaire étaient normaux ; on constate un certain trouble dans la perception

des piqûres qu'on lui fait avec les aiguilles de l'esthésiomètre.

Le malade se plaint plutôt d'avoir des cuissons, des brûlures, des douleurs, qu'il ressent dans les muscles du mollet et du talon. Ces troubles sensitifs étaient presque continus.

Le malade avait de très fortes douleurs, lorsque étant au lit je lui disais de suspendre une de ses jambes sur le bord du lit.

Assis dans la position horizontale dans son lit, il pouvait mouvoir ses jambes, quoique avec une certaine difficulté, mais toujours sans incoordination.

Au commencement, les muscles répondaient bien aux courants faradiques, mais à la fin on a constaté l'abolition de cette excitabilité électrique.

Trois jours après son entrée dans mon service, le malade ne pouvait plus faire un pas, de sorte que ce malade qui en janvier pouvait se servir bien de ses jambes, un mois après ne pouvait plus faire un pas dans la salle ; à peine pouvait-il remuer ses jambes dans son lit.

Bientôt on observe l'atrophie des muscles des jambes, avec conservation normale de la sensibilité à la douleur et à la température. Quinze jours après, presque tous les muscles des jambes avaient perdu leur excitabilité aux courants faradiques, et parmi ceux de la cuisse, le couturier et les fléchisseurs seuls étaient encore influencés par ces courants.

La sensibilité tacile et thermique, à cette époque, étaient encore comme à l'état normal.

Un mois après son séjour dans mon service le malade se plaint d'engourdissement et de la faiblesse des mains ; de sorte qu'il se nourrit avec difficulté et *ne peut plus continuer à se faire seul les frictions hydrargyriques, qu'il faisait jusqu'alors.*

Deux jours après il ne peut porter un verre d'eau à sa bouche, qu'en s'aidant de ses deux mains. En même temps je remarque d'une manière évidente l'atrophie des muscles de l'avant-bras, tant à droite qu'à gauche ; de sorte que ces membres étaient aplatis. Les muscles des régions thénars et hypothénars étant aussi atrophiés, on constate la disparition de ces éminences.

Cependant même à cette époque on constate l'intégrité des sphincters vésical, rectal, et de la pupille. L'excitabilité électro-faradique disparaît dans la plupart des muscles des avant-bras ; seul le deltoïde et le biceps offrent encore une

certaine contractilité. Le malade ne pouvait plus se servir ni de ses mains, ni de ses pieds.

Trois jours avant son décès, le malade a eu une légère fièvre (38°), et une certaine tachycardie (130 pulsations cardiaques à la minute).

Les muscles respirateurs se prennent à leur tour, le diaphragme aussi fonctionne très mal ; la voix devient faible, aphone, le malade parle avec beaucoup de difficulté ; il ne pouvait plus avaler ; il a la respiration diaphragmatique. Enfin il meurt en pleine intégrité cérébrale.

L'étude histologique de tous les organes, moelle, racines rachidiennes, ganglions spinaux, nerfs périphériques, pneumogastriques, muscles, etc., m'autorise, et cela d'après l'étude de plus de 200 préparations microscopiques, de considérer que dans ce cas il s'agit d'une polynévrite ascendante avec complication, vers la fin de la vie du malade, d'un ramollissement limité de la moelle.

Les altérations vasculaires qu'on peut observer dans nos préparations ou dessins microscopiques expliquent peut-être suffisamment la dite nécrobiose. Je n'ai pas trouvé la sclérose des cordons postérieurs, la moelle n'offrait que la sclérose des vaisseaux, et seules les cellules des cornes antérieures voisines du foyer ramolli, offraient une certaine altération comme on le voit sur nos préparations. La sclérose des vaisseaux était aussi manifeste dans les nerfs, que dans les muscles.

Mes dessins microscopiques montrent les altérations atrophiques des nerfs : saphène tibial, sciatique poplité interne, intercostal, phrénique, grand sciatique, médian, cubital et pneumogastrique.

Les préparations des muscles des régions thénars et hypothénars, ou nos dessins microscopiques, montrent aussi des altérations assez avancées.

Le grand nerf sciatique a offert relativement des altérations moins considérables.

A l'appui de mon diagnostic je dirai que ce malade lorsqu'il a été guéri d'ataxie locomotrice a eu toujours une polynévrite, qui toutes les fois lorsque le mal n'intéresse pas les principaux nerfs de la vie comme les pneumogastriques ou le phrénique, l'individu peut guérir.

On a vu qu'une deuxième fois lorsque ce malade a été se faire soigner dans le service de l'hôpital Philantropia, il a été atteint d'un rhumatisme polyarticulaire avec œdème des articulations, ce qu'on a signalé dans le cours de la polynévrite.

Le malade est entré dans mon service le 15 Février 1891 et est mort le 27 Mars de la même année, c'est-à-dire après 43 jours à peine.

Pendant ce temps nous avons assisté à la marche envahissante et ascendante de cette polynévrite. Une polyomyélite n'a pas une marche aussi rapide, et les auteurs comme Strümpel qui se sont le plus occupés de cette affection, n'accordent pas un si mauvais pronostic à la polyomyélite.

Mon cas est peut-être le seul dans son genre, puisque le professeur Joffroy (de Paris) qui s'est occupé avec l'étude des névrites alcooliques et a publié des cas, dit n'avoir pas encore rencontré le ramollissement de la moelle, comme il a rencontré la nécrobiose cérébrale, à la suite des artérites chroniques.

La polynévrite et le ramollissement partiel de la moelle reconnaissent-elles l'infection par le virus syphilitique dans ce cas ? Si l'on tient compte que ce malade a été une fois guéri par le traitement mixte antisyphilitique d'une part, de l'autre que plus que l'alcoolisme la syphilis détermine la sclérose, la fragilité des vaisseaux, que ce malade a eu la syphilis, il est plus que probable que l'origine de ce pseudo-tabes est l'intoxication syphilitique. L'intoxication par l'abus des boissons alcooliques par la fièvre typhoïde comme j'en ai observé dernièrement un cas et par la fièvre puerpérale peuvent aboutir, comme on sait, au même résultat.

Pour terminer je dirai que le virus syphilitique a déterminé les altérations vasculaires, d'où il en est résulté la polynévrite ; un beau jour quelques vaisseaux se sont rompus dans la moelle, d'où la nécrobiose décrite.



DE LA

MALADIE DÉMOCRATIQUE

Nouvelle espèce de Folie

(*Fin*).

—

CARACTÈRES GÉNÉRAUX DE LA MALADIE DÉMOCRATIQUE.

La maladie de notre temps est le produit des effets combinés de toutes les causes que nous avons indiquées plus haut. Un examen attentif les découvre toutes dans les détails et dans l'ensemble. Du premier coup d'œil, on reconnaît d'abord qu'il y a ici une exaltation morbide de l'instinct d'imitation et de l'amour de la liberté sans direction et sans limite.

La révolution de Février avait renversé toutes les barrières de la compression. Sortie du sang et des ruines des barricades, la souveraineté du peuple leva sa tête menaçante. A la nouvelle d'un événement qui devait imprimer au monde une secousse terrible, une excitation sourde mit en mouvement tous les esprits. Bientôt éclatèrent l'espoir, la crainte, la passion de la liberté, dans des pays que d'anciens événements ou la puissance de quelques génies révolutionnaires avaient préparés à la conquête de l'indépendance. Dans l'attente universelle, l'instinct d'imitation était un instrument tout prêt pour les agitateurs. Les oiseaux de la tempête prirent leur essor. L'étincelle partie de la France trouva par toute l'Europe des matières inflammables, et l'incendie fut allumé. L'autorité légale existait encore; mais déjà son pouvoir et son étendue se trouvèrent compromis : l'esprit d'examen s'était éveillé ! Il est vrai que les événements historiques, bien enchaînés ensemble par les liens d'une séduction nécessaire, saisissable même au milieu des mouvements les plus imprévus, modifient, par leur apparition, la nature des causes déterminantes, au point qu'il semble téméraire de vouloir expliquer le mécanisme merveilleux des choses humaines. Je crois qu'il est permis de hasarder ici un « peut-être ». Mais qu'importe ? l'histoire universelle poursuit sa marche, sans s'inquiéter de savoir si les hommes comprennent la cause de ses mouvements et de ses évolutions. Le fait est qu'après la révolution de Février, les barricades de Vienne et de Berlin affranchirent tout à coup l'Allemagne, c'est-à-dire elles abolirent l'état antérieur de la société, et confièrent le soin de fonder un état nouveau à l'action désordon-

née de toutes les idées, de toutes les passions qui s'agitaient au sein de la nation allemande, sans exclure même les plus extravagantes.

Que devait-on faire de la liberté nouvellement conquise ? Le danger de la situation dissimula l'indécision des esprits sur une question si capitale. Une seule passion, qui depuis longtemps avait remué le cœur de la nation allemande, que les meilleurs de ses fils avaient nourrie avec amour dans les mauvais jours de la servitude, se montra simultanément avec la passion de la liberté : l'*unité* de l'Allemagne, telle fut l'idée qui donna au mouvement un caractère national qui fit accepter la révolution par tout le peuple allemand, après y avoir prédisposé les individus. Cette passion, qui élève l'amour-propre de chaque citoyen jusqu'au noble amour de la patrie, qui lui fait trouver son propre honneur dans la grandeur, la puissance et la gloire de son pays, promettait d'opposer une digue à l'effort impétueux des penchants plus étroits de l'égoïsme individuel, et de fournir une solution heureuse aux difficultés de la révolution. Mais ces penchants égoïstes, qui avaient plus de cours dans la foule, ont pris le dessus ; et « le principe de la souveraineté du peuple, qui flatte les inclinations des individus, en réduisant à rien la puissance de l'État (1), » fut un leurre pour la populace stupide de toutes les classes de la société. Le mot *démocratie* traversait toute l'Europe avec la rapidité de la tempête : on le trouvait tellement élastique, que chaque parti l'écrivait sur son drapeau.

Les socialistes, les communistes, les républicains parlaient d'une république démocratique ; les royalistes d'une monarchie démocratique. On avait peu d'égard aux scrupules de la logique grammaticale. Aucun parti ne voulait se passer d'un mot nécessaire, dont cet engouement universel explique l'étonnante puissance (2). Les hommes du parti constitutionnel, dont le mot *souveraineté du peuple* choquait les oreilles, mais qui ne voulaient pas abandonner leur part du gâteau, le traduisirent en anglais et mirent en avant le mot *self-government*, sans renoncer à leurs principes. Que le peuple, en vue duquel le gouvernement existe, indique lui-même la manière dont il veut être gouverné, c'est un principe qui semble trop naturel pour rencontrer une objection. Les paysans disent : « Les percepteurs » ne savent guère quel mal nous avons à payer les impôts. » Mais ils ne se doutent pas que les percepteurs auront découvert cette grande vérité : « Payer, n'est pas un plaisir, » avant que

(1) Dahlmann, p. 220.
(2) Guizot, *De la démocratie en France*, p. 2.

les paysans aient trouvé un meilleur mode de distribuer les rôles et d'employer le produit des contributions. Toutes ces illusions m'ont souvent rappelé le mot de Langermann (1) : « Beaucoup de femmes ont la naïveté de s'imaginer que pour avoir eu des enfants, elles ont acquis des connaissances et de l'expérience sur la santé de la femme. C'est trop de présomptions. Les maris ne sont pas de cet avis : ils prétendent que les femmes, pour avoir accouché une ou plusieurs fois, n'en connaissent pas mieux cette partie de la médecine, pas plus qu'eux-mêmes, pour avoir bu et mangé, n'en connaissent mieux les fonctions digestives et leurs maladies ; pas plus, enfin, qu'un sot, pour avoir reçu dix soufflets, n'en devient plus sage. »

L'agitation commença ; ses moyens les plus puissants étaient les assemblées populaires, dans lesquelles l'impression, produite par les principes qu'on y prêchait, s'exalta par la communauté des sentiments excités dans tous les cœurs, et qui offraient un vaste champ d'action à l'instinct d'imitation. On vit s'élever une opposition bruyante, tumultueuse, ennemie de tout pouvoir qui devait mettre un frein à des emportements insensés. La partie de la population qui ne prit point de part à ces désordres les considéra comme un spectacle intéressant, avec cette sotte curiosité qui porte l'enfant à briser ses jouets pour en connaître les ressorts intérieurs. La résistance fut paralysée par la crainte, qui ne laissait même pas de place à la prudence vulgaire de l'intérêt bien entendu.

Le succès encouragea l'audace des révolutionnaires ; on ne voulait plus même l'ombre d'un pouvoir politique ; on disait ouvertement que toute loi est oppressive, que la liberté n'existe pas en dehors de l'anarchie, ce qui est vrai,en effet, de la liberté ainsi comprise. Toute la folie de ces passions se montre dans le paragraphe XIX de la *Déclaration des droits de l'homme*, telle qu'elle a été formulée par le Congrès démocratique de Berlin :

« § XIX. Dans tout Etat libre, la loi doit principalement assurer la liberté publique et individuelle contre le pouvoir des gouvernants. Toute institution qui ne suppose pas le peuple bon, et les autorités corruptibles, est vicieuse (2). »

Voilà le but vers lequel on marchait.

« On a coutume aujourd'hui de chercher l'harmonie des pouvoirs et la garantie contre leurs excès dans leur faiblesse ; on a peur de tous les pouvoirs, on s'applique à les énerver tous tour

(1) *Ueber die Loesung der Nachgeburt*, 1803, p. 22.

(2) *Die Reform, Organ der demokratischen Partei*, n° 189, 31 octobre 1848.

à tour, craignant qu'ils ne se détruisent mutuellement ou qu'ils n'empiètent sur la liberté.

» C'est une erreur énorme : tout pouvoir faible est un pouvoir condamné à la mort ou à l'usurpation. Si des pouvoirs faibles sont en présence, où bien l'un deviendra fort aux dépens des autres, et ce sera la tyrannie ; ou bien ils s'entraveront, ils s'annuleront les uns les autres, et ce sera l'anarchie (1). »

L'histoire enseigne par de nombreux exemples la vérité de cette opinion ; mais ces exemples profitent seulement à quelques individus, et les peuples ne comprennent point leurs leçons. Toutes les fois que cette question sera posée, la sottise des hommes fera toujours la même réponse, vainement condamnée par l'histoire. Je renonce volontiers à décrire les divers progrès du mal pour m'appesantir davantage sur quelques détails particuliers.

Les horreurs de l'assassinat ont montré de quels crimes l'humanité se trouve capable, lorsqu'elle suit aveuglément le torrent de ses passions à la voix de quelques faux apôtres, apologistes de tous les excès. Je ne raconterai point tous les égarements ridicules auxquels a conduit la manie du progrès qui, dans le système communiste, avec son mot fameux : « *la propriété c'est le vol*, » voudrait nous ramener au régime de l'ancienne Sparte.

La *marche* que devait suivre le mal dépend de ses causes : nous l'avons déjà signalée en indiquant ces causes mêmes. Quant aux exemples, ils sont faciles à trouver. Je n'en citerai qu'un seul où la folie se voit manifestement : ce sont les débats sur la proposition du député Waldeck (séance de l'Assemblée de Prusse, 31 octobre 1848) : « Qu'il plaise à l'Assemblée nationale » de décréter que le ministère soit mis en demeure de recourir à » tous les moyens, d'employer toutes les forces dont l'Etat dis- » pose pour protéger la liberté du peuple menacée à Vienne. ». Cette proposition, comme l'indiquaient les motifs développés dans le cours de la discussion, ne tendait à rien moins qu'à hasarder toutes les forces militaires, toutes les ressources financières de la Prusse. Les amendements présentés, tout en admettant une autre interprétation, visaient au même but par des voies détournées. Or, si l'on se rappelle que le bombardement de Vienne avait commencé le 28 octobre, que tous les journaux l'avaient annoncé, que le gouvernement connaissait déjà sans doute la reddition, qui avait eu lieu le 30 et qu'il s'abstint de faire savoir au public pour ne pas augmenter l'irritation ; si l'on songe que la défaite des Viennois devait paraître inévitable aux yeux mê-

(1) Guizot, *De la démocratie en France*, p. 116.

mes de l'homme le plus dépourvu de jugement, on reconnaît alors dans les débats engagés sur la proposition de M. Waldeck l'image de la folie la plus évidente. En effet, nous trouvons ici le caractère que nous avons signalé plus haut comme le trait le plus essentiel de la folie, la disparition complète de la conscience du moi et de ses rapports avec le non-moi. Laissons de côté les rapports du moi de l'Assemblée avec le non-moi du gouvernement de Prusse ; ne parlons pas des dangers d'une guerre européenne que devait exciter l'exécution d'un tel projet : des esprits bornés pouvaient ne pas apercevoir ces conséquences ; des esprits téméraires pouvaient les appeler de leurs vœux. Mais n'y avait-il pas impossibilité absolue pour le moi de l'Assemblée de se mettre avec le non-moi de la ville de Vienne dans ce rapport que voulait établir le parti démocratique ? Pourtant l'Assemblée, au nom d'un peuple de seize millions d'hommes, rendit un décret favorable à la proposition. C'est un spectacle que l'histoire ne nous a montré nulle part ailleurs. Vainement dira-t-on que les citoyens qui ont provoqué ce décret voulaient seulement produire de l'agitation, qu'ils agissaient sciemment et qu'ils ont joué la comédie. Qu'importe ? Si la représentation nationale a osé donner au peuple l'exemple déplorable de délibérations entachées de folie, c'est une preuve que notre époque est atteinte d'une maladie profondément enracinée, dont la contagion n'épargne ni les individus, ni les masses.

PRONOSTIC.

De tout ce qui précède, on pourrait conclure que la situation est désespérée. Gardons-nous pourtant de nous abandonner à des craintes excessives.

Le *pronostic*, dans son ensemble, n'est pas précisément défavorable. Nous l'avons dit, ce pronostic dépend essentiellement de la mesure du temps dont les idées qui produisent la folie ont besoin pour pénétrer le moi, et du degré d'affinité qui existe entre le moi et ces idées morbides. Or ces idées, qui ont fait une irruption soudaine dans le moi de la nation, l'ont eu bientôt pénétré ; de plus, elles n'ont presque pas d'affinité avec l'intelligence du peuple. Car, dans la masse de la nation, il n'existe aucune disposition pour le gouvernement républicain ; toute l'histoire de l'Allemagne est essentiellement monarchique. Le pronostic de la maladie épidémique est donc favorable. Les influences morbifiques qui la provoquent et la favorisent directement ne prolongeront pas sa durée : on a vu déjà que la passion

de la liberté porte en elle-même sa restriction. L'instinct de l'imitation peut, il est vrai, entraîner encore les esprits, imprimer à l'ordre de nouvelles secousses ; mais les intérêts qu'il a excités seront toujours essentiellement étrangers au moi ; ce sont des mobiles extérieurs, si je puis dire, dont l'action sera repoussée tôt ou tard par le réveil des intérêts égoïstes.

TRAITEMENT.

L'étiologie de la maladie indique le mode de *traitement* à suivre. Comme dans toute autre maladie mentale, le premier soin est d'empêcher tout acte nuisible au malade et à la société. Pour atteindre ce but, il faut employer la contrainte extérieure et intérieure qu'exerce sur le moi la crainte d'un danger personnel. C'est là la partie négative du traitement. Quelque indispensable, quelque efficace qu'il puisse être, ce moyen ne suffira pas pour amener une guérison durable. L'axiome grammatical : deux négations valent une affirmation, ne trouve point ici son application. Il faut donc que ce traitement négatif soit secondé par un traitement positif qui, s'appuyant sur la loi de l'antagonisme, s'efforce de refouler les idées hostiles à la société, en éveillant et en favorisant les idées contraires. On a déjà employé ce mode de traitement et l'on a facilité ainsi la guérison, parce qu'on a soustrait les intérêts égoïstes à l'empire de l'instinct d'imitation. Mais l'expérience des derniers temps a montré que l'intérêt personnel, si puissant qu'il soit, si incapable qu'il paraisse de supporter un préjudice prolongé, sait pourtant se sacrifier à des intérêts d'un ordre plus élevé. J'en atteste l'horreur avec laquelle la masse de la nation a accueilli la proposition du refus de l'impôt.

Ce qu'il faut pour sauver la société, c'est de travailler à la grande œuvre de l'unité nationale. Cette idée, qui a fait la force du parti révolutionnaire, a conservé toute sa puissance. Mise à profit, elle produira une action énergique contre les idées hostiles à l'ordre social, et les factions, ne pouvant plus se déguiser sous le masque usé du patriotisme, auront perdu tout appui moral. Dans tous les décrets où il a eu occasion de se prononcer à cet égard, le gouvernement a fait très nettement comprendre qu'il ne méconnaît pas l'importance de cet agent curatif, et qu'il est disposé à y recourir. Qu'il nous suffise de citer le passage suivant des explications données par le commissaire royal, M. de Radowitz, sur les intentions du gouvernement par rapport à la Constitution allemande (1) :

(1) *Sitzung der zweiten Kammer vom* 25. *August* 1849.

« Pour en finir avec la révolution, non par la contre-révolution, non par les voies seules de la compression, mais par la consolidation du droit en Allemagne, la condition première est de mettre fin à la crise de la constitution allemande, et d'établir un ordre politique qui garantisse l'unité nationale dans les limites du possible et du juste.

« Le gouvernement du roi n'a pas suivi la marche, plus facile en apparence, du particularisme ; il n'a pu adopter un système qui n'est ni sage, ni équitable ; système contraire à la justice, car il violerait les promesses solennelles plusieurs fois renouvelées ; contraire à la sagesse, car au lieu de clore la révolution, il la perpétuerait dans l'avenir. »

Si l'on trouvait que ces réflexions sont étrangères à l'art de guérir, je répondrais avec Hecker (1) :

« *Morborum popularium origines et in genus humanum affectus cognoscere, medicinæ illius nobilioris est, quæ febres et ulcera agitare non contenta, rerum naturam circumspecte scrutatur.* »

Si l'on prétend que l'esprit de parti a guidé ma plume, je dirai que l'amour de la vérité a seul inspiré mon cœur ; que j'ai servi, non l'intérêt d'un parti, mais la cause même de l'humanité. Je m'adresse aux hommes qui savent distinguer le bien et le mal, et j'ai plein espoir dans leur impartialité.

LA LECTURE DES PENSÉES

OBSERVATION DE DOUBLE VUE CHEZ UN ENFANT

par le Dr Quintard

Communication à la Société de Médecine d'Angers

Messieurs,

La psychologie confine par trop de points à la biologie, pour vous être indifférente. C'est donc à la solution d'un problème pyschologique que je vous convie aujourd'hui, en vous communiquant la curieuse observation suivante :

Ludovic X... est un enfant de moins de 7 ans, vif, gai, robuste et doué d'une excellente santé. Il est absolument indemne de toute tare nerveuse. Ses parents ne présentent égale-

(1) *De peste Antoniniana commentatio.* Berol., 1835.

ment rien de suspect au point de vue neuropathologique. Ce sont gens d'humeur tranquille qui ne savent rien des outrances de la vie. Aucun trouble ne saurait donc être relevé, ou même présumé chez Ludovic X..., dans l'harmonie des fonctions cérébro-spinales.

A l'âge de 5 ans, cependant, cet enfant sembla marcher sur les traces du célèbre Inaudi. Sa mère ayant voulu, à cette époque, lui apprendre la table de multiplication, s'aperçut, non sans surprise, qu'il la récitait aussi bien qu'elle ! Bientôt Bébé, se piquant au jeu, en arrivait à faire, de tête, des multiplications avec un multiplicateur formidable. Actuellement, on n'a qu'à lui lire un problème pris au hasard dans un recueil et il en donne aussitôt la solution. Celui-ci par exemple :

« Si on mettait dans ma poche 25 fr. 50, j'aurais trois fois ce que j'ai, moins 5 f. 40. Quelle est la somme que j'ai ? »

A peine l'énoncé est-il achevé que Bébé, sans même prendre le temps de réfléchir, répond, ce qui est exact : 15 fr. 45. On va ensuite chercher à la fin du livre, parmi les plus difficiles, cet autre problème :

« Le rayon de la terre est égal à 6.366 kilomètres ; trouver la distance de la terre au soleil, sachant qu'elle vaut 24.000 rayons terrestres. Exprimer cette distance en lieues ? »

Le bambin, de sa petite voix bredouillante, donne également sans hésiter cette solution qui est celle du recueil ; 38.196.000 lieues !

Le père de l'enfant, ayant d'autres préoccupations, n'avait, tout d'abord, apporté aux prouesses de son fils qu'une attention relative. A la fin, il s'en émut pourtant, et, comme il est quelque peu observateur, au moins par profession, il ne tarda pas à remarquer que : 1° l'enfant n'écoutait que peu, et quelquefois pas du tout, la lecture du problème ; 2° la mère, dont la présence est une condition expresse de la réussite de l'expérience, devait toujours avoir, sous les yeux ou dans la pensée, la solution demandée. D'où il déduisit que son fils ne *calculait* pas, mais *devinait,* ou pour mieux dire, pratiquait, sur sa mère « la lecture des pensées » ; ce dont, incontinent, il résolut de s'assurer. En conséquence, il pria Mme X... d'ouvrir un dictionnaire et de demander à son fils quelle page elle avait sous les yeux, et le fils de répondre aussitôt : « C'est la page 456e. » Ce qui était exact. Dix fois il recommença et dix fois il obtint un résultat identique.

Voilà donc Bébé de mathématicien devenu sorcier, — di-

sons devin pour ne pas l'offenser ! Mais sa remarquable faculté de « double vue » ne s'exerce pas uniquement sur les nombres. Que Mme X... marque de l'ongle un mot quelconque dans un livre ; l'enfant, questionné à ce sujet, nomme le mot souligné. Une phrase est écrite sur un carnet ; si longue soit-elle, il suffit qu'elle passe sous les yeux maternels, pour que l'enfant, interrogé, même par un étranger, répète la phrase mot pour mot, sans avoir l'air de se douter qu'il accomplit un tour de force. Pas n'est besoin même que la phrase, le nombre ou le mot soient fixés sur le papier ; il suffit qu'ils soient bien précis dans l'esprit de la mère pour que le fils en opère la lecture mentale.

Mais le triomphe de Bébé, ce sont les jeux de société. Il devine l'une après l'autre toute les cartes d'un jeu. Il indique sans hésiter, quel objet on a caché à son insu, dans un tiroir. Si on lui demande ce que contient une bourse, il mentionnera jusqu'au millésime des pièces qui s'y trouvent. Où l'enfant est surtout drôle, c'est dans la traduction des langues étrangères. On croirait qu'il entend clairement l'anglais, l'espagnol, le grec. Dernièrement un ami de la maison lui demandait le sens de cette charade latine : *Lupus currebat sine pedibus suis*. Bébé s'en tira à la satisfaction générale. Le nom de *petit prodige* était sur toutes les lèvres !

Nous connaissons les faits de la cause. Cherchons maintenant, Messieurs, à soulever un coin du voile sous lequel s'abrite ce mystérieux phénomène de la « lecture des pensées ». Est-ce simplement de la suggestion ? Le fait que, dans l'observation précédente, l'enfant, pour deviner, a besoin de sa mère, miroir dans lequel se réfléchit pour ainsi dire la pensée qu'il perçoit, donne à cette hypothèse un certain fondement.

En tout cas, il ne peut être ici question de suggestion hypnotique, car il n'y a jamais eu chez le jeune X... d'hypnose préalable. Ce serait, tout au plus la suggestion à l'état de veille qui serait en cause. Mais vous n'ignorez pas que ce sont les sujets qui ont déjà été hypnotisés, ou dont le système nerveux n'est pas indemne, qui peuvent être ainsi suggestionnés, et j'ai déjà insisté sur ce point que l'état nerveux de l'en-X... est parfait.

Coulons à fond cependant cette hypothèse de la suggestion vigile. Les phénomènes suggestifs sont produits par la pénétration de l'idée de l'expérimentateur dans le cerveau du sujet. Donc, pour qu'il y ait suggestion dans le cas qui nous occupe, il faudrait constater chez la mère une certaine concentration

psychique, un certain degré de *vouloir* indispensable au succès de l'expérience. Or, la lecture de sa pensée s'accomplit le plus souvent *contre son gré*. Toute médaille, en effet, a son revers. Quand Bébé fut en âge d'apprendre sérieusement à lire, sa maman, qui s'était dévouée à cette tâche, remarqua, non sans chagrin, que, sous sa direction, son fils ne faisait aucun progrès. Devinant tout, il n'exerçait ni son jugement, ni sa mémoire. Il fallut mille soins ingénieux pour mener la barque à bon port. On conçoit donc que Mme X... dut avoir peu de goût pour la suggestion vigile.

Mais serrons la question de plus près et examinons l'hypothèse de la « suggestion mentale ». On a qualifié ainsi la suggestion dans laquelle n'intervient aucune incitation extérieure apparente de la part de l'expérimentateur. On a alors l'illusion parfaite de la transmission directe de la pensée. Voici quelle interprétation on en donne : Tout phénomène psychique s'accompagne forcément de modifications dynamiques, vasculaires, secrétoires, etc. Ces modifications imperceptibles constituent une sorte de parole minée, que certains sujets hyperexcitables perçoivent et interprètent aisément. Ainsi comprise la suggestion peut être involontairement pratiquée. Néanmoins il serait bien difficile de l'adapter à notre observation. On a vu, en effet, combien Bébé représentait peu un sujet hyperexcitable et, de plus, loin de chercher à lire quoi que ce soit sur la physionomie de sa mère, je dois à la vérité de dire qu'il devine aussi bien sa pensée en fermant les yeux qu'en lui tournant le dos.

Il nous faut donc renoncer à expliquer par la suggestion ce phénomène de la lecture des pensées et, pour en découvrir la véritable théorie, chercher une autre voie.

Mais l'orientation est malaisée dans des terres désertes. La difficulté de trouver la bonne route n'a pas été pour rien dans le scepticisme qu'ont affiché certains savants à l'endroit de la double vue ». Il n'est pourtant pas prudent de nier un fait parce qu'on ne peut l'expliquer. On a voulu autrefois empêcher par ce moyen la terre de tourner, et Dieu sait si l'on a réussi ! Les cas de *lucidité*, de *double vue*, de *lecture des pensées*, épars çà et là, sont nombreux. Il faudrait les grouper, les comparer, les scruter pour en faire jaillir l'étincelle. Une Revue de psychologie s'est imposé cette mission. J'ai foi dans son entreprise, car les résultats obtenus jusqu'ici ne sont pas pour me décourager.

Essayons, en attendant, de faire avancer la question d'un

pas. A l'instar de ce qui se passe dans notre corps, entre deux organes sympathiques, ne peut-on présumer qu'il existe, entre certaines individualités, une affinité spéciale, susceptible d'acquérir, dans des conditions encore mal étudiées, une puissance remarquable ? Cette affinité, cette force, ce courant, appelons-le fluide mesmérique avec les magnétiseurs, force neurique avec Baréty, électro-dynamisme avec Philips, influx rayonnant avec Dumontpallier, nous ne ferons, j'en conviens, que baptiser une hypothèse ; mais apportons une seule preuve de son existence et l'hypothèse se changera en loi ! Cette preuve a été empiriquement trouvée par Mme X.... Ayant observé que son fils n'émaillait d'aucune faute ses plus longues dictées quand elle était à son côté, elle eut l'idée d'aller se placer derrière un paravent, et alors le devoir de l'écolier devint à souhait rempli d'injures contre la grammaire, Mme X... interrompait le courant ! Ainsi qu'avec un écran on intercepte un faisceau de lumière.

Eh bien, Messieurs, ce courant, cette ondulation, cette irradiation, dont on continuera à discuter la nature, mais dont on ne peut nier l'existence, jette, selon moi, sur le chaos, une clarté ; et c'est à cette lumière qu'on trouvera, je l'espère, la solution du problème que je livre à vos méditations.

Annales des sciences psychiques.
(Décembre 1894).

VARIA

Gripppe et suicides (1).

On avait déjà constaté la multiplication considérable des cas de suicide et d'aliénation mentale pendant les épidémies de grippe ; et notamment, en 1889-1890, à Paris, les suicides avaient augmenté dans la proportion de 25 p. 100. L'observation faite au cours de la recrudescence épidémique d'avril dernier confirme ce fait : pendant ce mois, le nombre des suicides à Paris, a atteint rapidement son maximum, passant brusquement de 15 à 39. La moyenne des suicides à Paris pour le mois d'avril étant de 21, on voit que ce nombre a presque doublé sous l'influence de l'épidémie de grippe.

(1) *Revue scientifique*, 9 novembre 1893.

Le suicide en France pendant l'année 1889 (1).

Le nombre des suicides portés à la connaissance de la justice avait suivi, de 1881 à 1888, une progression ininterrompue : de 6.741 à 8.451 ; mais, en 1889, il accuse une légère diminution : 8.110, soit 21 suicides par 100.000 habitants ou 1 suicide par 4.761 habitants. Le département de la Seine entre pour 18 % dans le total : 1.465 ou 50 par 100.000 habitants.

Comme tous les ans, plus des trois quarts des suicides ont été accomplis par des hommes : 6.381 ou 78 %, et 1.799 ou 22 % par des femmes.

Le classement par âge des suicidés donne, avant l'âge de trente ans, un pourcentage plus élevé pour les femmes ; mais, à partir de cette période de la vie, la propension au suicide s'accroît avec l'âge pour les deux sexes,et la proportion est la même pour les hommes et pour les femmes jusqu'à soixante ans. Au-dessus de cet âge, le nombre des suicides chez les femmes est inférieur de 5 % à celui que l'on constate chez les hommes.

Parmi les motifs présumés des suicides, signalons ce fait que ceux qui sont attribués à l'aliénation mentale, et qui formaient, il y a une dizaine d'années, le tiers du total, n'y entrent plus aujourd'hui que pour le quart.

Les suicides en France.

Ainsi qu'il résulte du rapport officiel qui vient d'être publié sur les travaux de la justice criminelle en France pour l'année 1892, le nombre des suicides, après avoir subi une dépression en 1889 et 1890, a repris les deux années suivantes, sa marche ascendante : de 6.638 en 1880, il s'est élevé à 8.884 en 1891 et à 9.285 en 1892. Le nombre des mineurs qui mettent fin à leurs jours va sans cesse grandissant ; c'est ainsi que l'on compte 87 suicides d'enfants au-dessous de seize ans pour l'exercice 1892, alors qu'en 1880 il n'y en avait que 55, et 80 en 1890. Pour ce qui concerne les mineurs de seize à vingt et un ans, le nombre des suicides, qui était de 267 en 1880 et de 358 en 1890 a atteint, en 1892, le chiffre de 475.

Contribution à l'étude du suicide dans l'armée (2).

Jules Arnould.

(*Archiv. d'Anthr. crim., de criminologie*, p. 21-30, janvier 1893.)

La statistique médicale de l'armée accuse, pour la période 1881-1890, 175 décès par suicide par an, soit 3,5 pour 10.000

(1) *Semaine médicale*, 29 avril 1893.
(2) *Revue internationale*, avril 1893.

hommes d'effectif. La proportion des décès par suicide n'est pas en voie d'amélioration. D'une enquête faite par l'auteur, quand il était directeur du service de santé du 1er corps d'armée il ressort que les militaires suicidés sont surtout jeunes (les officiers n'avaient pas dépassé le grade de lieutenant) ; que les armes à feu sont de préférence employées comme moyen de destruction, cependant les prisonniers qui se suicident le font tous par pendaison. La sévérité du régime militaire est prouvée par la fréquence du suicide chez les jeunes soldats ou jeunes officiers ; M. Arnould ne montre point assez ce résultat, le signalant au passage seulement, l'atténuant encore par cette considération erronée que le métier militaire trempe les cœurs. L'A., pour expliquer l'étiologie du suicide dans l'armée, se rejette sur les conditions individuelles, organiques, sur la prédisposition cérébrale au suicide. Les circonstances de la vie militaire ne seraient déterminantes qu'en un petit nombre de cas. L'auteur, par sa qualité de militaire, semble n'avoir point eu l'indépendance nécessaire pour traiter ce sujet avec toute la hauteur de vue qu'il mérite. Son mémoire vaut cependant par les chiffres et faits cités.

A. Hamon (de Paris).

Aliénation mentale dans l'armée (1).

Les cas d'aliénation mentale sont en progression constante dans l'armée française. La statistique médicale de l'armée donne en effet les chiffres suivants de radiation, survenus pour cette cause, de 1877 à 1890 :

1877	62
1878	94
1879	77
1880	63
1881	82
1882	81
1883	64
1884	73
1885	120
1886	112
1887	130
1888	150
1889	158
1890	192

(1) *Revue scientifique*, 24 mars 1894.

La paralysie générale cependant reste stationnaire, n'entrainant guère qu'une vingtaine de radiations année moyenne.

Cinquante-sept cas de folie en six ans dans une même ville, chez les fileurs de soie (1).

SPRATLING.

(*New-York Medical Journal.*)

L'auteur publie la relation résumée de 57 cas de folie qu'il a observés chez des fileurs de soie en l'espace de 6 ans, à l'asile d'aliénés de Morris-Planis et qui tous provenaient d'une même ville, dont la population est inférieure à 100.000 âmes. Ce qu'il importe surtout de faire remarquer dit M. Spratling, c'est la proportion tout à fait énorme d'aliénés observés dans une même profession qui n'occupait qu'un nombre assez peu considérable d'ouvriers. De plus ces cas paraissent établir une sorte de relation entre les attitudes habituelles du corps, la tension d'esprit constante des sujets observés et l'origine de l'aliénation. La folie revêtit chez ces malades des formes assez variables. Quant à l'étiologie, elle était également assez complexe; la moitié environ des malades étaient des prédisposés héréditaires. Il est bon de remarquer que l'alcoolisme ne peut être invoqué que dans quatre cas. Quoi qu'il en soit, il importe de noter que toutes les formes observées furent graves. En effet, sur ces 57 aliénés, 14 guérirent, 5 furent améliorés, 6 restèrent dans un état stationnaire. Des 32 restants, 6 sont morts; les 26 autres sont à l'asile et décidément regardés comme incurables. Toutes choses égales d'ailleurs, les même formes de folie se sont montrées plus graves chez les fileurs de soie que chez les autres sujets. M. Spratling remarque que les cas de folie chez les fileurs de soie deviennent de plus en plus fréquents. Il attribue cette aggravation à la machinerie de plus en plus complexe. En effet, la difficulté d'observer le jeu des machines nécessitant de plus en plus une tension d'esprit constante avec des attitudes corporelles très fatigantes, il faudrait, d'après l'auteur, chercher dans cette double condition, la véritable cause de folie.

MOREAU DE TOURS (de Paris).

La mort apparente des fakirs indiens (2).

Ce sujet a donné lieu à un intéressant rapport que le Dr Kuhn a présenté à la Société anthropologique de Munich. Il a

(1) *Revue internationale*, 10 juillet 1894.
(2) *Le Correspondant médical*, 15 juin 1894.

eu l'occasion d'observer personnellement deux cas, de la sincérité desquels il n'avait pas la moindre raison de douter. L'un des fakirs en question était resté enterré six semaines, l'autre dix jours. Les fakirs, hystériques au plus haut degré, jouissent de la faculté de produire artificiellement chez eux un état identique à l'extase cataleptique.

Pour arriver à cet état, les fakirs, qui sont évidemment des hystériques avérés, usent de tous les moyens d'entraînement : mortification du corps par un régime alimentaire spécial, emploi à l'intérieur de différents végétaux d'eux seuls connus, position spéciale du corps pendant de longues heures, etc. Quand le fakir l'a suffisamment pratiqué, il se met par terre, prend une des poses prescrites par le livre sacré et tombe à l'état d'hypnose à force de regarder fixement le bout de son nez. Les fakirs paraissent encore se servir du haschisch pour diminuer la force respiratoire, car cet hypnotique associé à d'autres végétaux et employé d'une façon toute particulière, supplée au manque d'air et de nourriture.

Au début de l'hypnose, le fakir devient halluciné.

Il entend des sons, il voit des anges, sa figure exprime un sentiment de béatitude. Mais petit à petit, la conscience disparaît et le corps acquiert une rigidité spéciale à mesure que « l'esprit va rejoindre l'Ame du monde ».

Il s'agit donc d'autohypnose chez des personnes hystériques suffisamment entraînées.

La léthargie est considérée par ces peuples comme une mort ; et quand la personne se réveille, c'est que Dieu la ressuscite. La littérature grecque ou romaine nous rapporte des exemples de gens qui seraient allés aux enfers, puis revenus sur la terre. Platon les aurait renvoyés en gourmandant Caron de son erreur.

Ces faits n'ont rien qui doivent nous étonner. Bouchut, dans son traité sur les signes qui permettent de reconnaître la mort réelle, rapporte le cas d'une léthargique mariée que son amant aurait déterrée pour la voir une dernière fois. Il l'aurait trouvée vivante et aurait vécu nombreuses années avec la prétendue décédée. Cet imbroglio, qui donna lieu à un procès rapporté par la *Gazette des Tribunaux* dans la première moitié de ce siècle, a éveillé la verve de plusieurs romanciers.

Enfin il existe dans le département du Nord une fille restée en léthargie depuis plusieurs années. Elle tomba en cet état quand les gendarmes vinrent l'arrêter sous l'inculpation d'a-

vortement. Depuis s'est établi pour la regarder un pélerinage continu de curieux.

La trépanation chez les anciens.

M. W. J. Mc. Gee (1).

L'opération du trépan a déjà été pratiquée, d'après Broca, Fletcher et tant d'autres, chez des peuples préhistoriques, la plupart du temps après, rarement avant la mort. Il faut signaler tout spécialement les insulaires de la mer du Sud qui pratiquèrent cette opération, avant qu'elle ne fût connue chez d'autres peuples. Les instruments qu'ils employaient étaient généralement en pierre, plus tard en tessons de verre. Les kabyles employaient les instruments en métal très grossièrements travaillés. Le but thérapeutique, à cette époque lointaine, était rarement motivé ; aussi le plus souvent l'opération se pratiquait à seule fin de conjurer ou de chasser les mauvais esprits et avaient lieu après la mort de l'individu.

Sur les 19 crânes trouvés dans l'Amérique Centrale et présentés par l'auteur à l'Exposition ethnologique de Chicago, ce dernier constata trois différents modes opératoires.

Dans le premier cas, on remarque sur la calotte quatre incisions parallèles, deux par deux, et formant ainsi deux rectangles concentriques. Les instruments devaient être en pierre ; les bords de la plaie sont déchiquetés. Le but de l'opération est inconnu.

Dans le second cas, il s'agit également d'instruments en pierre, mais l'incision est verticale et très régulière, et comprend en outre la table interne. L'ouverture ainsi produite a une forme légèrement elliptique.

La troisième méthode consistait dans l'enlèvement de la table externe et du diploë. Comme incision, cette dernière méthode paraît être une légère modification de la précédente, sauf pour la table interne. Aucune indication n'existe pouvant servir à la détermination de la qualité de l'instrument ayant servi à la trépanation.

Sur plusieurs de ces pièces réunies par l'auteur, on constate des traces évidentes de soudures des os trépanés — ceci prouve que la trépanation avait été pratiquée dans ce cas durant la vie de l'individu. Dans un cas même, l'individu trépané paraît avoir vécu très longtemps après l'opération.

(1) *Bulletin of Johns Hopkins Hospital*, V. 37.

Action de la chloroformisation sur les grenouilles. Phénomènes de catalepsie (1).

M. de Tarchanow montre à la Société de Biologie, juin 1895, un certain nombre de grenouilles chez lesquelles on constate, à la suite de la chloroformisation, des attitudes cataleptiques auxquelles succèdent bientôt un certain nombre de troubles psychiques (phénomènes hallucinatoires, actes agressifs, attitudes passionnelles, etc.).

M. Laborde dit avoir constaté les mêmes phénomènes chez des grenouilles soumises à l'action du hachisch.

M. Dastre. — J'ai eu, en 1891, l'occasion d'être témoin d'expériences sur l'hypnotisme et la catalepsie des grenouilles. L'hypnotisme a été étudié chez les grenouilles (et aussi chez les écrevisses, les crabes et les poissons) par Danilewsky (1877), Preyer et Heubel.

On observe facilement les états d'hypnose et de catalepsie. L'hypnose était réalisée simplement en maintenant, à plusieurs reprises, l'animal dans une position forcée. C'est du reste ce que Cl. Bernard réalisait en tenant deux ou trois minutes une grenouille immobile dans la main fermée. On constate l'affaiblissement des réflexes, de la sensibilité, de la volonté, le ralentissement de la respiration, le sommeil prolongé, le réveil provoqué. Quant à la catalepsie, on l'observe sous les deux formes de *catalepsie rigide* et de *catalepsie plastique*. Ces faits ont été signalés dans les *Archives de Physiologie* de 1891, et c'est précisément à l'occasion du mémoire de Biernacki que j'ai été témoin de leur répétition.

Les expériences de M. de Tarchanow donnent un développement remarquable à ces études. Elles nous montrent un état de catalepsie curieux provoqué chez l'animal chloroformé et surtout des phénomènes de véritable hallucination qui complètent l'analogie avec l'hystérie de l'homme.

(1) *Semaine médicale*, 19 juin 1895.

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères, place Saint-André, 3
Maison spéciale pour Journaux et Revues.



ANNALES

DE PSYCHIATRIE

ET

D'HYPNOLOGIE

DESCRIPTION
d'un Faisceau de fibres cérébrales descendantes
ALLANT SE PERDRE DANS LES CORPS OLIVAIRES
(FAISCEAU CÉRÉBRO-OLIVAIRE)

Par M. J. Luys.

Je crois avoir démontré, à l'aide de planches photographiques et de pièces disséquées dont j'ai fait l'exposition à la Société, il y a déjà plusieurs années, dans un travail intitulé : « De l'agencement des fibres cérébrales (juin 1884) », que ces fibres, malgré leur complexité, obéissent à un ordre général et qu'elles présentent des dispositions plus simples qu'on ne pense.

Ainsi, d'après les recherches de l'anatomie pathologique et de l'anatomie comparée, je crois pouvoir formuler les conclusions suivantes :

1° Les unes, transversales, passent d'un hémisphère à l'autre, et forment le système de fibres commissurantes (corps calleux, commissures diverses).

2° La plupart des autres fibres obéissent à plusieurs centres d'attraction.

Nées de tous les points de la périphérie corticale au milieu des réseaux de cellules, elles forment plusieurs systèmes et sont toutes convergentes. Les unes se pelotonnent

autour de la couche optique et vont se perdre dans ses réseaux ; elles constituent le système de fibres *cortico-thalamiques*. — Elles sont connues isolément sous la dénomination de *couronne rayonnante de Reil* pour la portion moyenne, — *de capsule interne* pour la portion antérieure — et de *fibres de Kölliker* pour la portion postérieure.

Un second groupe va se perdre dans le réseau du corps strié et du noyau jaune que j'ai particulièrement, dès 1863, signalé à l'attention des anatomistes, (système de fibres cortico-striées.)

3° Un troisième groupe de fibres blanches descendantes passant sous la couche optique (système cortico-sous-optique), et confondues jusqu'ici sous la dénomination d'expansion pédonculaire, va se perdre dans les différents départements de la substance grise des régions protubérantielle et bulbaire (noyau rouge de Stilling, substance grise de la bandelette accessoire, que j'ai le premier décrite, 1865, noyaux gris divers de l'isthme de l'encéphale et corps olivaires).

On peut donc voir que si les noyaux centraux opto-striés reçoivent un contingent ascendant de fibres venues de la moelle, contingent sur lequel j'aurai à m'expliquer plus tard, la majeure partie des fibres blanches cérébrales d'origine corticale composées de fibres convergentes, (comme les rayons partis de la périphérie d'une sphère creuse qui convergeraient vers leur noyau central), vont toutes se perdre dans les différents noyaux gris centraux. — C'est en un mot l'écorce tout entière qui se relie par ses fibres blanches aux différents noyaux gris de l'axe et qui forme une série véritable de *neurones*.

Parmi ces faisceaux descendants il en est un très nettement accusé sur lequel je viens particulièrement appeler l'attention des anatomistes. — C'est un faisceau bilatéral, en forme de bandelette, qui descend avec le contingent d'autres fibres blanches descendantes. Il passe en arrière de la substance grise de la protubérance dans une direction curviligne et gagne ainsi l'extrémité de chaque corps olivaire correspondant ; il l'entoure et lui forme une sorte de capsule ovalaire en se moulant sur la périphérie des anfractuosités des

olives. Il se perd au milieu de ses plis et replis et forme des fibres afférentes à ces ganglions.

Les planches photographiques ci-jointes, les pièces naturelles que je présente à la Société donnent une idée indiscutable de cette disposition.

Les corps olivaires du bulbe, comme les noyaux optostriés des lobes cérébraux, se trouvent donc eux aussi reliés aux éléments multiples de l'écorce, et désormais on peut dire qu'ils forment un système conjugué, un véritable neurome dont les éléments sont strictement associés.

Comme preuve, je rappelle que les corps olivaires sont proportionnels comme masse non pas à la moelle épinière, mais à celle des lobes cérébraux proprement dits.

Dès l'année 1865 je signalais déjà que dans le bulbe des grands vertébrés, le bœuf, le cheval, les corps olivaires ne se présentaient que sous forme de filaments grisâtres rudimentaires, ce qui prouve que ce ne sont pas des éléments essentiellement liés au développement de l'axe rachidien, puisque dans la masse de grosses moelles ils sont à peine développés.

C'est chez l'homme que ces corps olivaires sont en maximum de *développement, et véritablement proportionnels comme masse au développement de l'écorce cérébrale.*

L'existence de ce faisceau cérébro-olivaire que je signale à la Société vient donc confirmer ces rapports mystérieux dont on n'avait pas jusqu'ici trouvé l'explication anatomique, et dont le rôle physiologique est encore à faire. Elle indique néanmoins des rapports intimes de l'écorce cérébrale avec les corps olivaires, et les voies des courants descendants qui vont de l'écorce vers ces mêmes régions.



DE QUELQUES CONDITIONS

FAVORISANT L'HYPNOTISME CHEZ LES GRENOUILLES

Par M. E. Gley (1).

L'expérience est bien connue, qui consiste à garder une grenouille dans le creux de la main durant quelques instants et, par ce simple moyen, à la réduire à l'immobilité et à l'inertie complètes ou à peu près pour une ou plusieurs minutes. Mais les conditions de production de cet état, que l'on a qualifié souvent de sommeil provoqué, d'hypnose ou d'hypnotisme, n'ont pas encore été déterminées d'une façon sûre : il y a des grenouilles qu'il est facile, et d'autres qu'il est très difficile ou même impossible d'amener à cet état ; celui-ci quelquefois dure plusieurs minutes, et d'autres fois un court moment. Aussi tous les faits qui tendent à fixer avec précision quelqu'une des conditions dans lesquelles peut s'observer le phénomène présentent-ils, ce me semble, de l'intérêt. Pour cette raison, je désirerais signaler des observations que j'ai eu l'occasion de faire, sur ce point, à maintes reprises et depuis bien longtemps déjà.

J'ai remarqué que les grenouilles très jeunes tombaient avec la plus grande facilité en cette hypnose qui était, d'autre part, beaucoup plus profonde chez elles que chez des grenouilles développées.

Il n'est peut-être pas inutile de rappeler ici très brièvement ce qui se passe dans ce cas chez ces dernières.

On prend, par exemple, deux grenouilles, mâle et femelle, bien portantes, au laboratoire seulement depuis quinze jours, et pesant 38 et 44 grammes. On les tient l'une après l'autre pendant une minute environ dans la paume de la main gauche, sur le dos, la main droite passant légèrement sur la face ventrale ; puis on les dépose sur une table, sur le dos. Elles gardent une immobilité complète, dans l'attitude spéciale, très connue, que l'on peut appeler, avec E. Biernacki (2), *position d'hypnose*, les jambes étant fléchies sur les cuisses et les cuisses sur le tronc, et les membres antérieurs disposés comme si l'animal voulait embrasser quelque chose ; on met leurs membres postérieurs en extension, sans qu'elles remuent ; un

(1) Comptes rendus de la Société de Biologie, juillet 1895.

(2) Biernacki. L'hypnotisme chez les grenouilles. (*Arch. de physiol.*, 5e série, t. III, p. 295, 1891.)

léger pincement d'une membrane interdigitale détermine chez la moins grosse un réflexe limité au membre du même côté : la patte se fléchit sur la cuisse ; on répète cette excitation, mais l'animal se retourne alors immédiatement et saute. Les mouvements de déglutition sont restés arrêtés deux minutes chez la plus grosse, une minute seulement chez l'autre. Quelques secondes après, elles se retournaient spontanément et revenaient à l'état normal.

Que se passe-t-il, au contraire, sur les très jeunes animaux ? D'abord, sur toutes celles sur lesquelles j'ai expérimenté, j'ai toujours très aisément déterminé l'hypnose. Celle-ci, de plus, était d'emblée profonde. Voici, par exemple, quatre petites grenouilles, pesant moins de 1 gramme, prises dans une prairie aux environs de Paris, vers le milieu du mois de juillet, et soumises durant une minute à peine à la pratique décrite plus haut ; déposées ensuite sur le sol, sur le dos, elles ne se retournent spontanément qu'au bout d'un quart d'heure ; une d'elles même, que l'on avait conservée 80 à 90 secondes dans la main, est restée complètement inerte pendant une heure 20 minutes. Au bout de ce temps, on fait une petite incision à la peau pour examiner le cœur ; il se produit un mouvement respiratoire, puis l'animal retombe dans son inertie.

Une autre année, je fais l'expérience sur onze grenouilles pesant de 70 à 90 centigrammes, sauf deux, pesant 1 gr. 50 et 2 grammes. Toutes ont été gardées dans la main pendant une minute ou une minute et demie. Placées alors sur une table, sur le dos, elles conservent l'immobilité complète pendant cinq minutes ; il semble que les membres postérieurs soient paralysés ; l'une d'elles présente de la contracture de ses membres ; si on pince la peau, elles font un petit mouvement, mais ne peuvent sauter ; la sensibilité cornéenne est diminuée. Sur cinq de ces animaux, cet état a duré plus d'une heure ; après une heure un quart, trois sont encore complètement inertes ; sur ces dernières, le cœur est très ralenti. Vingt heures plus tard, deux de celles-ci sont mortes ; on les retrouve dans la position même où on les avait mises ; la troisième est redevenue vive.

J'ai constaté ce même ralentissement progressif du cœur et enfin la mort dans un certain nombre d'autres cas analogues.

J'ai eu alors l'idée de rechercher si l'état hypnotique n'était pas semblablement plus facile à provoquer et n'était pas plus profond chez les grenouilles affaiblies ou malades. L'expérience a vérifié cette supposition.

Par exemple, une grenouille, encore vive, mais malade (atteinte d'une affection, observée quelquefois dans les aquariums, et qui amène la chute des extrémités digitales, avec affaiblissement de l'animal), est tenue 2 minutes dans la main; placée sur une table sur le dos, elle reste 6 minutes dans la position d'hypnose, puis, au bout de ce temps, elle se retourne d'elle-même. On la prend alors par les deux pattes postérieures et, durant 50 secondes, on la maintient ainsi, le dos appuyé sur la table; elle redevient inerte pour un long temps; si on pince une membrane interdigitale, elle retire les deux pattes, mais lentement et ne peut se retourner; mise sur le ventre, elle ne peut davantage bouger; par intervalles, les mouvements respiratoires, abolis, reparaissent; le réflexe cornéen est conservé. Au bout d'une demi-heure, les mouvements spontanés recommencent, elle peut sauter, mais elle saute encore mal.

J'ai fait des observations identiques sur des grenouilles très amaigries par un séjour prolongé au laboratoire, pendant lequel elles avaient été privées de nourriture.

Ainsi l'hypnose est beaucoup plus profonde chez les grenouilles jeunes ou affaiblies; elle est d'ailleurs dans ces cas plus facile à produire et sa durée est plus longue. Chez les grenouilles très jeunes on peut observer dans cet etat la mort par arrêt du cœur.

Il n'est peut-être pas sans intérêt de rapprocher ces faits des observations connues qui montrent que l'hypnotisme est souvent provoqué plus aisément chez les enfants que chez beaucoup d'adultes.

Quant à la cause de ces différences, il est clair qu'elle nous échappe. Il n'est pas facile de concevoir qu'un simple contact, comme celui qui suffit à endormir si profondément les grenouilles jeunes, détermine chez elles cet état par épuisement du système nerveux. On s'expliquerait peut-être mieux les phénomènes par une excitation des centres nerveux supérieurs qui, agissant sur la moelle, en affaiblirait alors les fonctions (1). Cette excitation se produirait plus facilement et serait plus forte chez les jeunes animaux.

(1) Il y a deux observations de P. Brémand (*Soc. de Biol.*, 22 mars 1884, p. 170) qui montrent que des excès de boissons, d'une part, et, d'autre part, les excès vénériens facilitent l'hypnotisme chez l'homme.

L'ATAXIE CÉRÉBELLEUSE

Par le Dr P. Londe

Ancien interne des hôpitaux (1).

Le mot *ataxie* ne sert pas seulement à désigner l'incoordination qui caractérise l'ataxie locomotrice.

On sait que cette forme d'ataxie est attribuée à la perte (pour le cerveau) des sensations qui constituent ce qu'on appelle le sens musculaire. On peut imaginer que la lésion siège alors, soit dans la moelle, soit sur les racines médullaires ou les nerfs. Mais ces sensations ne passent pas que par des voies cérébrales ; elles suivent aussi des voies cérébelleuses, et l'interruption des communications cérébello-spinales du sens musculaire, les voies cérébrales restant libres, donne lieu à ce qu'on est en droit d'appeler l'ataxie cérébelleuse (2).

La suppression fonctionnelle du cervelet aboutit aussi à l'ataxie cérébelleuse : cette démonstration sera l'objet de cet article.

La pathologie réalise l'ataxie cérébelleuse à l'état de pureté dans ses deux modes pathogéniques ; nous voulons parler de l'ataxie héréditaire qui affecte tantôt la moelle, dans le type primitif de Friedreich, tantôt le cervelet, dans le type récemment décrit par M. Marie (3).

En physiologie, l'ataxie cérébelleuse est un fait qui paraît bien établi aujourd'hui.

Si elle a été niée, ce n'est point par des physiologistes, du moins de nos jours.

Tous les expérimentateurs, quels qu'ils soient, quelle que soit l'interprétation qu'ils ont donnée de leurs expériences, ont observé les mêmes phénomènes. Ainsi, pour ne citer que les principaux, Flourens (4), Longet (5), Luys (6), Luciani (7), Lus-

(1) *La Presse médicale*, 13 juillet 1895.

(2) Brissaud. — « Leçons sur les maladies nerveuses », publiées par H. Meige. Paris, 1895. M. Brissaud consacre une de ses leçons au parallèle de ces deux sortes d'ataxie.

(3) P. Marie. — De l'hérédo-ataxie cérébelleuse. *Semaine médicale*, 1893.

(4) Flourens. — « Recherches expérimentales », 2e édition, 1842.

(5) Longet. — « Traité d'anatomie et de physiologie du système nerveux », 2e édition, 1842.

(6) Luys. — « Etude sur l'anatomie et la physiologie pathologique du cervelet. » *Arch. gén. de médecine*, t. II, 1864.

(7) Luciani. — « Il cerveletto », Firenze, 1894.

sana (1), Laborde (2), Ferrier (3), qui cependant expliquent très différemment l'ataxie cérébelleuse, tous ont constaté cette ataxie. Il faut faire la part, dans ces expériences, des phénomènes immédiatement consécutifs à l'opération ; car ceux-ci ne sont pas tous dépendants des phénomènes de déficit proprement dit.

L'opisthotonos, le pleurosthotonos, la rotation du côté lésé, le strabisme, le nystagmus, s'observent dans les jours qui suivent l'intervention. C'est ce que Lussana appelle la *première période expérimentale*, ce sont les phénomènes irritatifs de Luciani ou dynamiques de Ferrier. Nous laissons de côté l'étude de ces faits : ils sont en dehors de la question qui nous occupe.

Seuls les phénomènes de déficit peuvent servir à déterminer les fonctions propres du cervelet, particulièrement en ce qui concerne l'ataxie cérébelleuse.

Description de l'ataxie cérébelleuse. Après ablation du cervelet sur un chien ou un singe, on voit l'animal s'affaisser sur ses jambes (4) ; il ne progresse qu'en se traînant sur le sol et l'impotence des membres postérieurs est plus marquée que celle des membres antérieurs. Au bout d'un certain temps, il retrouve un certain degré de stabilité, il arrive à marcher, mais en chancelant ; les membres postérieurs surtout fléchissent (Luciani). L'animal élargit sa base de sustentation, en écartant les pattes, et, malgré cela, il titube et tombe à la moindre occasion.

Un an plus tard, il présente toujours, en marchant, des oscillations latérales, c'est-à-dire que le phénomène du déficit obtenu est persistant.

Dans une première phase, il consiste dans une complète *astasie* ; dans une deuxième, il n'y a plus que de la *titubation*. On observe ici les phénomènes dans l'ordre inverse à celui qu'ils présentent en clinique : une atrophie cérébelleuse progressive produit d'abord de la titubation, puis de l'ataxie. C'est

(1) Lussana. — *Archives italiennes de biologie*, 1882. — « Sul cervelotto ». *Giornale internationale di scienze medic.*, an. IV, p. 1121, Napoli, 1882.

(2) Laborde. — « Les fonctions du cervelet. Études expérimentales et critiques. » *Société de biologie*, 1890. — « Physiologie du système nerveux », Paris, 1892.

(3) Ferrier. — « Recent work on cerebellum and its relations. » *Brain*, vol. XVI, p. 1., 1894.

(4) On trouve dans le livre de Luciani des figures qui rendent bien compte du phénomène.

ce qui arrive dans l'hérédo-ataxie cérébelleuse de Marie ou ataxie héréditaire du type cérébelleux de Schultze.

Mais il n'y a pas que la station debout et la locomotion qui soient troublées par la suppression de la fonction cérébelleuse, la tête et les membres supérieurs sont soumis à la même instabilité que les membres inférieurs. La tête offre des oscillations à chaque tentative que l'animal fait pour la tenir relevée. Les membres supérieurs sont également le siège d'oscillations ayant l'allure du tremblement intentionnel. Les mouvements manquent de mesure et sont saccadés. Le fait du tremblement intentionnel est expressément énoncé par Ferrier, qui le compare au tremblement de la sclérose en plaques. Il marche, de plus, avec la titubation.

Le tableau expérimental, de même que le tableau clinique, est donc dominé par une instabilité générale des mouvements volontaires, surtout marquée, comme nous l'avons vu, aux membres postérieurs, et caractérisée par ce fait qu'elle ne s'exagère pas pendant l'occlusion des yeux.

Luciani (1) et Lussana lui-même insistent sur l'identité de la démarche, que les yeux soient ouverts ou bandés. Venant de Lussana, la remarque est d'autant plus intéressante qu'il attribue l'ataxie cérébelleuse à la privation du sens musculaire (2).

Quant à la question de savoir si la force musculaire est diminuée ou non, nous la réservons pour le moment. Mais, dès maintenant, enregistrons cet aveu de Luciani, le principal défenseur de la doctrine de l'*asthénie* : l'absence absolue du cervelet, dit-il, ne produit aucune paralysie partielle ou totale, ni des sens, ni des mouvements, ni des fonctions sensorielles, intellectuelles et volontaires qui en dépendent.

Nous avons supposé le cas d'une ablation totale du cervelet. Si on se borne à l'extirpation du lobe moyen, on observe, dit Ferrier, à peu près les mêmes symptômes que si tout l'organe a été enlevé, avec une différence dans l'incertitude des mouvements de la tête et du tronc.

Si l'on pratique une extirpation partielle et *unilatérale* (extirpation de l'un des globes latéraux), on obtient une *hémiataxie*

(1) Avec les yeux bandés, dit Luciani, l'animal ne parvient pas à se mettre en mouvement, mais, une fois stimulé, il marche avec de grandes précautions, tenant le museau bas et suivant une ligne tortueuse. Cependant, le tracé ne diffère pas sensiblement de celui qui a été obtenu quand l'animal avait les yeux ouverts.

(2) Cette théorie de Lussana doit être abandonnée, ne fût-ce que pour ce seul fait que les malades qui présentent de l'ataxie cérébelleuse ont conservé le sens musculaire. Ce qui est vrai, c'est que les notions fournies par le sens musculaire sont perdues pour le cervelet.

cérébelleuse directe, c'est-à-dire que l'instabilité existe du même côté que la lésion. Ferrier ajoute que cette semi-ataxie disparaît au bout d'un certain temps. Dans une expérience très intéressante de Luciani, où le lobe latéral droit avait été intéressé par une extirpation du lobe moyen, il y eut prédominance de l'ataxie dans les membres du côté droit.

Mais le fait sur lequel nous voulons insister, à propos de cette expérience, est qu'il existait une *déviation vertébrale* provenant de l'incurvation à droite de la partie lombaire du rachis. Le fait est à mettre en regard de la déviation vertébrale que l'on observe dans l'hérédo-ataxie cérébelleuse.

Théorie de l'asthénie de Luciani. — Les auteurs ne s'accordent pas sur la question de savoir si la force musculaire est diminuée ou non.

Luciani adopte la seconde opinion. Il explique même l'astasie par de l'asthénie : pour lui, l'asthénie donnerait la clé du phénomène, si complexe, de l'ataxie cérébelleuse.

La théorie de Luciani est ingénieuse ; qu'on l'accepte ou non, il faut reconnaître à cet auteur le mérite d'avoir étudié la question à fond. Son ouvrage est plein de documents. Luciani prétend que la titubation cérébelleuse résulte de deux ordres de phénomènes distincts : phénomènes de *déficit* et phénomènes de *compensation*. L'asthénie, ou définition de l'énergie musculaire, est le principal phénomène de déficit. Elle se transforme en ataxie sous l'influence de l'influx nerveux parti du cerveau pour compenser l'absence du cervelet.

Ainsi, pour les membres inférieurs, le chancellement de la démarche est un symptôme de déficit. Le reste rentre dans les phénomènes de compensation (incoordination) ou d'irritation (vertige).

« Les phénomènes de déficit consistent essentiellement dans le défaut d'énergie des mouvements volontaires, dans la diminution du ton musculaire, et dans le mode anormal de la contraction des muscles (discontinu), tandis que les actes compensateurs se révèlent essentiellement par la forme insolite des mouvements involontaires, par une mesure et une direction anormales de ces mêmes mouvements. »

La théorie est battue en brèche par Laborde et Ferrier. Luciani reproche aux expérimentateurs et aux cliniciens qui l'ont précédé de n'avoir pas déterminé exactement l'état de la force musculaire à l'aide du dynamomètre. Voici la réponse de Laborde à cette objection :

« Qu'il y ait, à la suite de l'opération radicale d'ablation de

l'organe, un certain degré d'affaiblissement général, cela n'est pas contestable ; et comment en pourrait-il être autrement, après un tel traumatisme, quelque atténué qu'il soit, par les précautions les plus tutélaires ? Mais il est facile de s'assurer, qu'à moins de complications opératoires, excédant les limites des parties proprement cérébelleuses, de retentissement ou d'extension de la lésion immédiate, ou des altérations consécutives à ces régions organiques voisines, il ne se manifeste pas de phénomènes paralytiques proprement dits : la *contractibilité* de la fibre musculaire est parfaitement conservée, ainsi que permet de le constater la faradisation, et de même la *force musculaire*.

« La contraction, pour cette dernière, est moins aisée à constater chez les animaux, où il est difficile d'employer le dynamomètre. L'on peut cependant y parvenir, et nous y sommes arrivés en suspendant des poids divers à la patte d'un animal privé de cervelet, d'un oiseau, par exemple, pigeon, poule ou coq, lequel, étant tenu en l'air, soulève, en contractant tout le membre, ces poids relativement considérables, de façon à faire preuve de la conservation de presque toute sa force musculaire normale. J'ai fait construire à ce sujet un dynamomètre approprié, dans le but d'obtenir des résultats précis, et qui, particulièrement appliqué aux animaux en question et aux petits mammifères, au cobaye, par exemple, a montré, par des évaluations exactes, que la force et l'énergie musculaires n'ont pas sensiblement perdu leur taux normal à la suite de l'ablation du cervelet. »

Ferrier a remarqué, de son côté, fort judicieusement, dans ses expériences, que les singes étaient susceptibles, malgré leur instabilité, de s'*aggripper* fortement avec leurs pattes, si bien, dit-il, que, lorsqu'ils tiennent une chaise, il est difficile de leur faire lâcher prise.

Luciani appuie sa théorie de l'asthénie sur un autre argument, assez séduisant en apparence, mais que Laborde réfute avec une parfaite justesse. Luciani a remarqué que certains de ces animaux *nageaient* sans difficulté, et il explique la possibilité de la natation en disant que l'animal a moins de force à déployer pour nager et se soutenir dans l'eau que pour marcher.

« L'argument, dit Laborde, pour le dire de suite, est plus spécieux que probant : il montre simplement qu'à cette période de l'existence, l'animal est capable de se tenir en équilibre dans l'eau et de réaliser la natation : d'autant mieux que la

natation constitue, pour le chien en particulier, un acte beaucoup moins compliqué que la marche, et dont il n'a qu'à accomplir les mouvements, sans avoir à poser et conduire les pieds sur un plan résistant. »

Pour appuyer la notion de la conservation de la force musculaire, il ne manque pas d'arguments cliniques à invoquer : ainsi, la malade de Vulpian, chez laquelle la locomotion était des plus désordonnées, « avait conservé une grande vigueur musculaire, et lorsqu'on lui tendait le bras pour l'empêcher de tomber, elle serrait ce bras à faire mal. » On trouva à l'autopsie une atrophie du cervelet.

Luciani cherche à expliquer la conservation de la force musculaire, dans ce cas, de la façon suivante. A l'âge de quarante-neuf ans qu'avait cette femme de la Salpêtrière, au moment où Vulpian l'examinait, le processus périencéphalétique qui a amené la sclérose du cervelet, constatée vingt ans plus tard, devait produire alors des phénomènes d'irritation et plutôt, par conséquent, une augmentation de la force musculaire. Nous repoussons cette explication de Luciani, et voici pourquoi. L'ataxie constatée par Vulpian, en même temps que la conservation de la force musculaire, n'était pas un phénomène d'irritation, puisqu'elle est, au contraire, le résultat des lésions du cervelet. Les phénomènes irritatifs sont tout autres. Il n'est pas logique d'attribuer à des phénomènes irritatifs surajoutés et purement hypothétiques, l'état de la force musculaire, plutôt conservée d'ailleurs qu'exagérée.

Dans l'hérédo-ataxie cérébelleuse, nous avons aussi trouvé la force musculaire conservée. Nous croyons que, si l'on peut constater parfois, chez ces infirmes, une légère diminution de la force musculaire, cela tient à l'hospitalisation à laquelle ils sont condamnés.

Luciani compare son asthénie cérébelleuse hypothétique à l'asthénie des *convalescents.* Pourtant, la démarche des convalescents, lente et oscillante, n'est pas titubante (Poincaré). Luciani a beau dire que la titubation n'existe pas chez les convalescents parce qu'il n'y a pas de prédominance de l'asthénie dans les membres inférieurs : cela ne vous convainc pas. Les hérédo-ataxiques ont bien une sensation de fatigue, mais ce n'est pas de la diminution de la force musculaire ; existerait-elle, elle n'expliquerait pas l'ataxie.

La titubation cérébelleuse ressemble, au contraire, à la titubation de l'*ivresse.* Il y a sans doute une certaine mollesse dans la démarche pour l'une comme pour l'autre, mais cette moles-

se n'est pas une raison de la titubation, elle n'en est que l'accompagnement. Les troubles de l'équilibre chez l'homme ivre sont plus ou moins liés à un état vertigineux. Si le vertige n'existe pas constamment chez l'hérédo-ataxique, cela tient peut-être à ce que la lésion anatomique dissocie, par sa localisation, la suppression des fonctions de plusieurs centres qui sont presque forcément touchés dans leur ensemble par l'intoxication alcoolique.

Luciani est inçonséquent avec lui-même lorsqu'il adopte, pour désigner le principal phénomène de déficit cérébelleux, le terme d'ataxie cérébelleuse, repoussant, on ne sait trop pourquoi, le mot incoordination. Il paraît oublier sa théorie, quand il constate des faits d'une évidence indéniable, comme le suivant : dans le décubitus horizontal, dit-il, l'ataxie des membres inférieurs disparaît, parce que le *centre de gravité* se trouve plus bas, en même temps que la base de substentation est plus large. Où trouver une confirmation plus nette de la perte de la fonction de l'équilibre qui est si évidente chez les hérédo-ataxiques ?

N'est-ce pas, parce que les membres inférieurs sont plus en rapport, pendant la marche, avec la fonction de l'équilibration que l'ataxie y est plus marquée que dans les membres supérieurs ? Une autre objection, tirée de la clinique et faite par Poincaré à la théorie de Luciani, est la suivante : « L'asthénie, dit-il, ne peut être la cause de l'incoordination chez les cérébelleux, parce que le défaut de coordination précède quelquefois l'asthénie même subjective. » La différence qu'il y a sous ce rapport entre la clinique et l'expérimentation, tient à la brusquerie de l'intervention expérimentale. Chez les animaux en expérience, la force musculaire reparaît à mesure qu'on s'éloigne du choc opératoire, tandis que, chez les malades atteints de destruction profonde du cervelet, l'impotence motrice augmente à la fin de la vie (Frédérici, cité par Luciani).

Il faut donc en revenir à chercher ailleurs que dans l'asthénie la cause de l'ataxie.

Modifications de la tonicité musculaire. — Pour Luciani lui-même, l'asthénie n'est pas le seul facteur de l'ataxie cérébelleuse, dans laquelle il distingue trois ordres de phénomènes : l'*asthénie*, *l'atonie* et *l'astasie*. L'action sthénique du cervelet consisterait à augmenter l'énergie potentielle dont disposent les appareils neuro-musculaires ; son action tonique augmenterait, durant les pauses fonctionnelles ; par son action stati-

que, il produirait, pendant la phase d'activité fonctionnelle, la fusion et la continuité des contractions musculaires.

Nous nous sommes déjà expliqués sur la valeur du terme *asthénie*. Voyons ce qu'il faut penser de l'*atonie*. La façon la plus simple d'apprécier le tonus musculaire semble être de rechercher l'état des réflexes tendineux. Le Dr R. Russell, cité par Ferrier, a trouvé que les réflexes n'étaient pas diminués, après extirpation complète ou unilatérale du cervelet, ou après section du pédoncule.

Nous n'avons pas observé, dit Ferrier, l'exagération du réflexe patellaire du coté de la lésion que le Dr Russell (cité par Ferrier) semble avoir trouvée chez les chiens. Le plus souvent, il n'y a pas de modification notable des réflexes après l'extirpation de l'un des lobes du cervelet ou après la section de l'un de ses pédoncules, du moins immédiatement après l'opération. S'il y avait une différence, elle serait dans le sens d'une légère exagération du côté de la lésion, mais ce que Ferrier a observé nettement, c'est que, longtemps après l'opération, le réflexe tend à augmenter du même côté de la lésion ; quand le cervelet a été extirpé tout entier, les réflexes patellaires sont augmentés très nettement au bout de quelques mois. Ferrier est donc loin de partager la manière de voir de Luciani.

On pourrait invoquer en faveur de l'existence d'une véritable atonie le fait du relâchement musculaire indiqué par Sanger-Brown pendant le repos de la physionomie, chez certains hérédo-ataxiques ; par contre, la contraction exagérée des muscles du visage, quand le visage s'anime, concorde mal avec cette hypothèse ; n'est-ce pas là à proprement parler de l'ataxie ?

M. Brissaud considère l'exagération des réflexes patellaires chez les hérédo-ataxiques comme la conséquence de l'irritation de ce centre tonique supérieur dont la localisation exacte est indécise, mais que nous savons voisin des pédoncules cérébelleux supérieurs. La difficulté de l'interprétation est ici plus grande que pour l'asthénie. Faut-il admettre à la fois, chez ces malades, des phénomènes d'irritation et des phénomènes de déficit ? Il serait plus logique de chercher à expliquer tout le tableau morbide par de simples phénomènes de déficit. Les expériences de Ferrier sont en faveur de cette manière de voir : dans ses expériences, après ablation du cervelet, il a obtenu l'exagération des réflexes, comme on l'observe après la suppression fonctionnelle du cerveau.

C'est toujours un phénomène de réflectivité médullaire qui

n'est pas incompatible avec un certain degré d'atonie musculaire, comme le voudrait Luciani ; chez les paralytiques agitants on voit le *tonus* exagéré (raideur), avec du tremblement au repos, et cependant les réflexes ne sont pas exagérés.

Modifications de la contractibilité musculaire. — Voyons maintenant à quoi correspond en clinique ce que Luciani appelle l'astasie (1).

C'est de l'astasie, dit-il, que résulte le défaut de fusion des secousses musculaires ; l'absence de continuité de la contraction musculaire, c'est la myocismie de Klippel et Durante (2). Le caractère saccadé de la contraction serait assimilable à une sorte de *tremor a debilitate* (Van Swieten) : c'est le τρεμος de Galien, par opposition au παλμος ou *tremor coactus*.

Luciani dit que ce tremblement rappelle celui de la paralysie agitante ; chez les hérédo-ataxiques, pourtant, il est toujours intentionnel.

On le voit, Luciani a cherché à rajeunir l'hypothèse rolandique, il fait du cervelet un petit système coadjuteur ou de renfort du grand système cérébral. Luys, avant lui, avait déjà considéré le cervelet comme l'appareil dispensateur de la force qui se dépense en quelque point que ce soit de l'économie, chaque fois que se produit un mouvement volontaire. Il est évident, ajoute Luciani, que cette action complexe du cervelet se combine avec une action trophique soit directe, soit indirecte. C'est pour cela que cet auteur décrit, après l'ablation du cervelet, une *troisième période expérimentale* ou période trophique.

Laborde résume ainsi la théorie de Luciani. Le cervelet est un foyer d'énergie, de tonicité musculaire et d'influence sur les phénomènes nutritifs de la vie végétative.

Théorie de Luys. — Laissons de côté la théorie de Gall, tombée en discrédit, qui fait du cervelet un centre génésique, la théorie de Magendie qui place dans le cervelet une sorte de force propulsive. Nous ne dirons qu'un mot de la théorie de Renzi, reprise par Courmont (3), qui fait du cervelet le centre de la sensibilité psychique.

Luys avait déjà pensé que, par l'intermédiaire du corps strié, les divers états de tension de l'innervation cérébelleuse doi-

(1) Ainsi, l'astasie n'est pas l'impossibilité de se tenir debout, c'est un terme général qu'il applique à tous les muscles.

(2) KLIPPEL et DURANTE. — Contribution à l'étude des affections nerveuses familiales. (*Revue de médecine*, 1892.)

(3) COURMONT. — *Le cervelet et ses fonctions*. Paris, 1891.

vent retentir sur les déterminations variées, qui partent de la périphérie corticale : il explique ainsi à la fois l'excès de courage et l'excès de timidité dont font preuve parfois les cérébelleux.

Dans les observations d'hérédo-ataxie cérébelleuse, nous avons vu signaler une sorte d'ataxie psychique faisant pendant à l'ataxie motrice. Nous avons noté la diminution de la faculté d'attention, la timidité et l'irritabilité.

Mais, nous bornant à l'influence du cervelet sur le système moteur volontaire, nous cherchons l'idée qu'on peut s'en faire aujourd'hui, sans parti pris.

Théorie de Vulpian. — A côté de la théorie de Luciani, il y a place pour une autre interprétation adoptée par E. Cyon et Vulpian (1), qui inclinent à attribuer les désordres moteurs à une sorte de vertige. Laborde critique cette théorie en ces termes : « N'est-ce pas expliquer, par là, le fait par le fait lui-même ? L'idée d'un état vertigineux, se liant plus ou moins étroitement à la déséquilibration, à l'incohérence des mouvements dont il s'agit, est parfaitement logique, sans être cependant nécessaire ; d'autant mieux que le vertige concomitant peut fort bien se rattacher à un retentissement du côté des canaux semi-circulaires, dont nous verrons bientôt les relations étroites, organiques et fonctionnelles, avec le cervelet, par les fibres pédonculaires inférieures ou rectiformes.

Qu'il y ait ou non vertige, c'est-à-dire phénomène subjectif, le phénomène objectif essentiel fondamental de l'incoordination motrice n'en existe pas moins, et c'est conséquemment lui qui importe avant tout. »

Théorie de Flourens et Laborde. — Ferrier nous donne le sage conseil d'attendre pour trouver une explication rationnelle à l'incoordination cérébelleuse : la thèse ingénieuse de Luciani ne le satisfait pas ; il ne se prononce pas non plus en faveur de la théorie de Flourens, que Laborde accepte et résume de la façon suivante :

« Le cervelet est un centre organique de coordination, de régularisation des mouvements volontaires, son fonctionnement normal est nécessaire à l'équilibre de ces mouvements, pour qu'ils concourent efficacement et sûrement au but déterminé qu'ils se proposent. »

Pour Gowers (2) le cervelet serait le centre régulateur des

(1) Vulpian. — *Leçons sur la physiologie générale et comparée du système nerveux*. Paris, 1866.

(2) Gowers. — *Neurologisches Centralblatt*, p. 194, 1890.

impulsions des mouvements par l'intermédiaire de l'écorce cérébrale sur laquelle il exercerait une action d'arrêt.

Betcherew (1) a combattu la théorie de Gowers en cherchant à montrer que le cerveau n'intervient pas dans la pathogénie des troubles moteurs d'origine cérébelleuse.

Théorie du sens de l'espace. — Quoi qu'il en soit, le cervelet, placé entre le système moteur volontaire, avec lequel il est en relation avec des fibres efférentes, et le système sensoriel qui lui envoie ses fibres afférentes, est, à ce titre, un centre moteur. Et cependant, il est l'aboutissant non seulement du nerf vestibulaire (canaux demi-circulaires, saccule), mais aussi de fibres visuelles et de fibres sensibles chargées de transmettre les impressions du sens des attitudes (Bonnier) ou sens musculaire et articulaire.

Les hérédo-ataxiques présentent des troubles d'équilibre prédominants, et pourtant, chez eux, le vertige n'est pas constant.

Cette dissociation symptomatique du trouble moteur s'explique peut-être par une localisation spéciale de l'atrophie cérébelleuse.

On peut considérer le cervelet comme le centre du sens de l'espace ou sens de l'orientation ; M. G. Bonnier expose clairement cette doctrine, dans son livre sur le vertige (2). Par ses fibres afférentes sensibles, il recevrait la notion de la direction de toutes les sensations, non seulement externes mais aussi internes. Parmi ces sensations, les plus utiles au maintien de l'équilibre sont, avec celles du sens des attitudes, celles qui sont transmises au cervelet par le nerf vestibulaire.

Il est tout un groupe de symptômes dont nous avons omis de parler au point de vue physiologique, parce que les physiologistes n'en parlent pas : ce sont les *phénomènes visuels*. Leur existence s'explique assez facilement, grâce aux connexions du cervelet.

Il existe des *fibres optiques cérébelleuses* ; ce sont elles qui, au voisinage du tubercule quadrijumeau supérieur, s'enferment dans le pédoncule cérébelleux supérieur, pour aller s'épanouir dans l'écorce du cervelet.

On trouve dans les leçons de M. Brissaud des schémas très clairs, représentant les connexions cérébro-spinales et céré-

(1) Betcherew. — *Neurologisches Centralblatt*, p. 254, 1890.
(2) Bonnier. — « Le vertige ». *Bibliothèque Charcot-Debove*.

bello-spinales qui président à l'équilibration et dont font partie ces fibres optiques.

Nous n'insisterons pas ici. Nous ne pourrions, sans nous étendre trop longuement, étudier en détail toutes les connexions cérébelleuses qui ont un rapport avec l'équilibration. Nous renvoyons aussi le lecteur au récent article de M. G. Bonnier sur le nerf labyrinthique (1). Il nous suffira de relever un seul fait.

Les fibres vestibulaires, issues du noyau de Deiters, et les fibres médullaires, qui concourent à l'équilibration (faisceau cérébelleux venu de la colonne de Clacke), ont un rendez-vous commun : le vermis supérieur : or, nous savons, par l'autopsie de Menzel, que c'est la face supérieure du cervelet qui est la plus intéressée dans l'atrophie familiale.

Faits pathologiques confirmatifs. — Nous avons négligé, dans l'étude de l'ataxie cérébelleuse, les données de la pathologie étrangère à l'hérédo-ataxie. La lésion du cervelet qui est la plus propre à éclairer la physiologie de l'organe est certainement l'*atrophie du cervelet.*

Nous verrons tout à l'heure comment on peut distinguer, en clinique et à l'amphithéâtre, ces deux sortes d'atrophies du cervelet ; pour le moment, il nous faut répondre à cette question : l'atrophie du cervelet, quelle qu'elle soit, donne-t-elle toujours lieu à la titubation ? N'existerait-il qu'un cas négatif bien observé, on ne voit pas trop comment on pourrait l'interpréter ; or, il en existe plusieurs.

Dans les cas de Otto et de Fischer (2), rapportés par Luciani, il n'y avait aucune trace d'incoordination musculaire. Otto a trouvé un cervelet très petit avec structure normale. Fischer n'a pas fait l'examen microscopique. Dans le cas de Verdelli et de Combette aussi, il n'y avait aucune trace d'incoordination musculaire, non plus de titubation, mais seulement des troubles de la parole. Le fait contradictoire de Combette a surtout une grande importance, car, à l'autopsie du sujet, on constata l'absence complète du cervelet ; mais les auteurs qui ont cité cette observation de Combette semblent avoir oublié qu'il est noté que la malade se laissait souvent tomber.

(1) G. Bonnier. — « Le nerf labyrinthique ». *Nouvelle iconographie de la Salpêtrière*, 1894.

(2) On trouve ces observations résumées dans le livre de Luciani ou dans Nothnagel. *Diagnostic des maladies de l'encéphale*. Traduit par Kéraval.

Le cas de Verdelli n'est pas non plus inexplicable ; il y est question d'un jeune homme qui, dit-on, pour cause de rachitisme, est resté couché jusqu'à l'âge de quatorze ans. Ce n'est que plus tard qu'il put apprendre à se servir de béquilles (1).

A part ces quelques faits contradictoires, mais non inexplicables, les troubles de la motilité sont toujours décrits au premier rang dans les observations d'atrophie cérébelleuse, si courtes qu'elles soient. On y retrouve les mêmes troubles fonctionnels musculaires généralisés qui existent dans l'hérédo-ataxie cérébelleuse et qui la font ressembler à la sclérose en plaques ; l'erreur a été commise, et, comme le dit M. Brissaud, l'observation d'atrophie scléreuse du cervelet de Royet et Collet est une sorte d'équivalent de l'hérédo-ataxie au point de vue symptomatique.

Si cela était nécessaire, ce serait une preuve de plus de l'existence de ce type morbide.

Tentative d'explication des faits contradictoires. — Nothnagel a cherché à expliquer les faits contradictoires des lésions du vermis sans troubles moteurs, par exemple ceux de Guitrac de Gribon, par la production graduelle de ces lésions.

Pour expliquer certains faits contradictoires, Luciani se demande si, lorsque le cervelet manque, depuis la vie intra-utérine ou le commencement de la vie extra-utérine, il peut y avoir une suppléance fonctionnelle, surtout s'il ne s'agit que d'une atrophie incomplète. Il admet que, chez l'adulte même, une lésion incomplète peut être compensée par une suppléance fonctionnelle des parties du cervelet demeurées intactes. Ferrier partage sa manière de voir.

Borgherini (1) combat l'opinion de Luciani sur la compensation qui peut s'établir chez les nouveau-nés. Une des expériences de cet auteur offre un exemple « d'extirpation de la moitié latérale du cervelet » chez le nouveau-né, dans lequel les symptômes cliniques furent encore plus marqués que chez les animaux adultes à qui on avait enlevé tout le

(1) Nous ne parlons ici que de l'atrophie cérébelleuse. Il y a les observations, rares à la vérité, des lésions en foyer, contradictoires aussi. Tel est le cas de Becker. — « Lésions considérables du vermis sans titubation. « Ein Fall von hochgradige Zerstoerung des Kleinkirnwurmes nebst casuistischen Beitragen zur Lehre von der sogenannten Cerebellaren-Ataxis. » (*Virchow's Archiv.*, Bd. CXIX, H. 1).

(1) G. Borgherini et G. Gallerani. — « Contributions à l'étude de l'activité fonctionnelle du cervelet ». *Revista sperimentale de frenetria et med. legale*, vol. XV, fasc. 3, 1891.

cervelet ou la moitié seulement. Les symptômes de l'ataxie ne subirent aucune amélioration avec le temps, et, même avec la progression de l'âge, on pourrait dire qu'ils devenaient plus marqués, car, chez l'animal, le besoin de locomotion croissait proportionnellement.

Ainsi, la fonction du cervelet est tellement nécessaire dans tout le premier âge de la vie que, sans elle, les faits d'association motrice automatique qui dépendent du centre nerveux sous-jacent, viennent presque à manquer d'une façon permanente.

Malgré ces faits contradictoires, malgré l'incertitude des explications qu'on a pu en donner, le phénomène de l'ataxie cérébelleuse est établi maintenant sur des bases solides, et, s'il était besoin d'une confirmation, la pathologie la trouverait dans l'hérédo-ataxie cérébelleuse (1), maladie familiale sur laquelle nous reviendrons dans un autre article.

Conclusions. — On peut donc tirer de cet exposé les conclusions suivantes.

1° L'ataxie à forme titubante est due à la suppression fonctionnelle du cervelet ;

2° L'origine cérébelleuse de cette ataxie est démontrée par des faits physiologiques et pathologiques ;

3° Il n'y a pas encore de théorie bien établie de l'ataxie cérébelleuse.

(1) P. Londe. — « Maladies familiales du système nerveux. De l'hérédo-ataxie cérébelleuse ». *Thèse*, Paris, 1895.



CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES PHÉNOMÈNES

PRODUITS PAR LA

FARADISATION DE L'ÉCORCE GRISE DU CERVEAU

Par le D[r] BOCHEFONTAINE.

(*Compte rendu de la Société de Biologie.*)

Dans les séances qui ont précédé ses vacances dernières, j'ai communiqué à la Société un certain nombre d'expériences relatives à la faradisation de la couche corticale du cerveau.

Il résulte de ces expériences que l'excitation faradique de la circonvolution frontale externe supérieure, autour du sillon crucial, chez le chien, détermine, dans diverses régions du corps, l'apparition de phénomènes différents, tels que l'hypersécrétion des glandes sous-maxillaires et parotides ; la contraction des intestins, de la vessie, de la rate ; la dilatation de la pupille, etc... Comme on le sait, la même excitation de la même région cérébrale cause des mouvements dans des groupes divers de muscles de la vie de relation, et ce fait est un de ceux qui ont conduit plusieurs auteurs à admettre, dans la couche superficielle du cerveau, l'existence de centres volontaires, par exemple pour les mouvements des membres.

Si l'on acceptait cette théorie, il faudrait reconnaître qu'un même canton du cerveau est un centre pour des mouvements volontaires, et pour des phénomènes qui échappent à l'influence de la volonté.

Il m'a semblé plus rationnel de considérer, avec M. Schiff, M. Vulpian, M. Brown-Séquard, les effets différents de la faradisation d'une même partie de l'écorce grise cérébrale comme des phénomènes d'ordre réflexe. On a, d'ailleurs, observé la destruction de cette partie du cerveau qui présiderait aux actes que je viens d'indiquer, et l'on n'a pas vu survenir de paralysie dans les membres, ni tout autre trouble morbide.

Voici le cas auquel je fais allusion :

M. Vulpian, dans une des leçons de démonstration de son cours de 1875, reproduisit, sur plusieurs chiens, les expériences de Hitzig. Chez l'un deux, l'expérience terminée, la plaie fut suturée, et l'on constata l'absence complète de paralysie. L'animal fut conservé. Quelques jours plus tard, un autre chien le mordit, arracha les sutures, et la portion de cerveau, découverte antérieurement pour l'expérience, fit hernie, à l'état de bouillie rou-

geâtre, à travers l'ouverture du crâne. On enleva cette bouillie cérébrale, la peau fut recousue à nouveau, et l'animal gardé dans le laboratoire. La plaie se cicatrisa sans autre accident. On observa encore le chien plus de deux mois, pendant lesquels il ne présenta aucune manifestation paralytique.

Un autre ordre de faits me paraît éloigner encore de l'hypothèse de centres localisés, siégeant dans la couche externe du cerveau.

Il existe, en effet, dans cette écorce, des points multiples dont la faradisation occasionne l'apparition d'un même phénomène, par exemple l'augmentation de la tension artérielle, ainsi que le démontrent quelques-unes des expériences dont je viens communiquer brièvement les résultats à la Société.

Points dont la faradisation agit sur la circulation sanguine. — Les modifications produites dans l'appareil circulatoire par l'excitation électrique de certains points du cerveau sont manifestes. Quand on excite le cerveau, on voit le sang couler en divers endroits de la plaie qui était étanche, et même jaillir quelquefois des artérioles dont rien ne sortait auparavant ; preuve évidente que la tension du sang est notablement augmentée dans les vaisseaux sanguins. Si l'expérience est faite sur un chien chloralisé, mais dont l'anesthésie n'est pas profonde, on voit apparaître d'autres phénomènes : l'animal pousse des cris, la respiration devient irrégulière, etc..., et des mouvements ont lieu dans diverses parties du corps. M. Vulpian a appelé l'attention sur tous ces phénomènes, dans les leçons de démonstration que je mentionnais il n'y a qu'un instant, en faisant remarquer que l'excitation des points appelés *centres volontaires* agit sur les différentes fonctions de l'économie.

Depuis ce temps, ainsi que je l'ai indiqué dans une communication à la Société, le 24 juillet 1895, nous avons commencé en collaboration, M. Lépine et moi, dans le laboratoire de M. Vulpian, des recherches expérimentales sur les modifications que détermine la faradisation du cerveau, dans différents appareils de l'économie, entre autres, dans l'appareil circulatoire.

Plusieurs de ces recherches ont été faites avec l'hémodynamomètre, d'autres avec le sphygmoscope — ces dernières, presque toutes, avec le concours de M. Tridon. Toutes, comme celles que j'ai continuées seul sur les effets de la faradisation du cerveau, ont donné, d'une manière générale, les résultats suivants : les effets de l'excitation faradique du cerveau sur l'appareil circulatoire sont directs et croisés ; il se traduisent, le plus souvent, par une augmentation de la tension artérielle et, quelquefois,

par un abaissement considérable de cette tension ; — ce dernier résultat a éte obtenu avec le sphygmoscope. Quant à la fréquence des pulsations, si elle a été augmentée, elle a été aussi plusieurs fois diminuée par la faradisation du cerveau.

Quoi qu'il en soit, j'ai constaté, dans la couche corticale grise, trois points, au moins, dont l'électrisation agit sur la circulation sanguine d'une façon manifeste.

Ce fait général établi, une question importante se présente à l'esprit. Pourquoi, dans certains cas, la faradisation d'un même point de l'encéphale a-t-elle causé une augmentation de la pression sanguine ? Pourquoi, dans d'autres, a-t-elle fait baisser cette pression ? Ces différences ne pouvant résulter d'aucune erreur dans l'expérimentation, il fallait en chercher une explication dans l'organisme soumis à l'expérience.

Or, dans toutes les recherches que je viens de mentionner, le nerf vago-sympathique était intact, ou bien il était sectionné au milieu du cou. Dans les cas où ce nerf n'avait pas été préalablement coupé, la transmission de l'excitation du cerveau à l'appareil circulatoire avait lieu (indépendamment du bulbe et de la moelle épinière) par l'intermédiaire d'un cordon nerveux formé de deux nerfs : le pneumogastrique et le cordon cervical du grand sympathique, puisque ces nerfs sont, dans cette région, réunis en un seul cordon, chez le chien.

N'est-il pas possible que l'excitation de la couche grise cérébrale, bien que portant sur une partie très limitée (qui n'avait pas plus de deux millimètres de diamètre), ait intéressé quelquefois les extrémités cérébrales périphériques de filets nerveux qui aboutiraient aux noyaux d'origine du nerf pneumogastrique, et, d'autres fois, les extrémités périphériques cérébrales de fibres qui aboutiraient au ganglion cervical supérieur, ou de fibres allant se mettre en relation avec les origines du cordon cervical du grand sympathique dans la moelle ?

J'ai donc répété les excitations de l'écorce grise cérébrale : 1° après excision du ganglion cervical supérieur, le pneumogastrique restant intact ; 2° après section du pneumogastrique seul, entre le point où il reçoit les filets du ganglion cervical supérieur et celui où il émerge de la base du crâne.

1° Quand les pneumogastriques seuls ont été conservés, les ganglions cervicaux supérieurs étant excisés, la faradisation de la circonvolution frontale supérieure externe, en avant et en arrière du sillon crucial, et dans deux autres points, a donné une augmentation de la tension sanguine intra-carotidienne avec une tendance à la diminution dans le nombre des pulsations artériel-

les. L'expérience, faite sur un animal curarisé (comme toutes celles qui font l'objet de cette note) dont toute la partie supérieure du cerveau était découverte, a montré, de plus, que ces effets sont directs et croisés.

En un mot, il existe à la périphérie du cerveau quatre points, au moins, dont l'excitation entraîne une augmentation de la pression intra-carotidienne. Voici, sur le cerveau qui a servi à l'expérience, ces quatre points marqués chacun avec une épingle.

2° Quand les ganglions cervicaux supérieurs ont été conservés, chaque pneumogastrique étant sectionné entre la base du crâne et son anastomose avec le ganglion cervical supérieur, l'excitation de la circonvolution frontale externe supérieure, en avant du sillon, a produit une diminution de la tension intra-carotidienne de près de 4 centimètres de mercure, et un certain ralentissement des pulsations cardiaques.

Je me propose d'étudier tous ces faits en détail, et je mentionne seulement que les battements du cœur sont moins nombreux quand la pression sanguine intra-carotidienne est moins considérable ; il faut remarquer encore que la tension, après être revenue à son point de départ, dépasse ce point, et ne revient au niveau primitif qu'après un ou deux tours du cylindre enregistreur.

La faradisation de la même circonvolution frontale, en arrière du sillon crucial, a donné des résultats analogues, mais beaucoup moins accusés.

Ces faits démontrent, si l'hypothèse que j'ai émise dans une autre communication est exacte, qu'il y a, parmi les fibres rayonnées de la substance blanche cérébrale, des fibres nerveuses dont l'excitation, à la périphérie du cerveau, à travers l'écorce grise cérébrale, cause la dépression du cœur par l'intermédiaire de la substance grise bulbo-médullaire. On observe là un effet du même genre que celui qui résulte de la faradisation du nerf de Cyon chez le lapin. Voici, sur ce cerveau encore frais, *trois points* dont l'excitation faradique a produit des effets de dépression du cœur.

Points dont la faradisation agit sur la sécrétion salivaire. — Ce cerveau montre quatre points, dont la faradisation a provoqué l'hypersécrétion des glandes sous-maxillaires. Mais il faut retrancher le point antérieur, situé sur le prolongement olfactif du lobe frontal, parce que, quand on a électrisé ce point, on a en même temps touché la dure-mère crânienne avec l'excitateur. Or, la dure-mère étant très sensible dans cette région, son exci-

tation faradique (et même l'irritation mécanique) peut influencer, comme je l'ai observé plusieurs fois, la sécrétion des glandes sous-maxillaires en l'augmentant considérablement. Un autre point de la dure-mère crânienne, sensible à l'excitation mécanique comme à l'excitation électrique, peut activer également la sécrétion des glandes sous-maxillaires : il est situé à 2 centimètres en arrière du point le plus externe du gyrus, sur une ligne parallèle à la grande scissure cérébrale.

Points dont la faradisation détermine la contraction de la rate. — Voici, sur un lobe cérébral d'un troisième cerveau, quatre points dont l'excitation, avec un courant faradique peu intense, produit la contraction énergique de la rate.

Points dont la faradisation fait contracter les intestins. — Cet autre cerveau montre six points, disséminés d'avant en arrière sur un lobe cérébral, et dont l'excitation électrique a fait contracter l'intestin. Les points homologues du lobe cérébral du côté opposé influencent l'intestin de la même manière. La vessie, qui était pleine d'urine dans une des expériences, s'est contractée et vidée graduellement sous l'influence des premières excitations.

Il serait facile de montrer, de la même manière, des points différents du cerveau dont l'excitation influence d'autres organes, la pupille, par exemple. Mais il me semble que les faits que je viens d'énumérer suffisent pour démontrer qu'il y a, dans l'écorce grise cérébrale, des points multiples dont l'excitation peut provoquer l'apparition d'un même phénomène, par exemple, la contraction des intestins.

Ces points sont-ils des centres ? Si l'on admet cette hypothèse, on est forcé d'admettre : 1° qu'une même excitation d'un seul centre produit le fonctionnement d'appareils différents et l'apparition de phénomènes d'un ordre différent, par exemple, des mouvements des orteils et des contractions de l'intestin ; 2° qu'une même excitation de plusieurs centres de l'écorce grise, éloignés les uns des autres, a des effets semblables, par exemple l'hypersécrétion de la salive, ou la diminution de la pression sanguine intra-artérielle.

D'autre part, on vient de dire que l'excitation de la dure-mère cérébrale influence la sécrétion salivaire. La même excitation faradique ou mécanique de la plaie du péricrâne a, dans plusieurs expériences, donné le même résultat. On sait que l'excitation du bout supérieur du cordon du vago-sympathique, sectionné au cou, est suivie du même effet ; on sait que cette même excitation produit la contraction de la rate ; la contraction de cet organe

peut résulter également d'une irritation d'une plaie de l'abdomen, ou de l'excitation du bout central du nerf sciatique. On sait encore que la faradisation du bout central du nerf sciatique augmente la tension dans l'appareil circulatoire et provoque des mouvements réflexes des membres, des anses intestinales, des contractions de la vessie, etc., etc.

Or, dans tous ces faits on voit qu'il y a production d'un phénomène réflexe. D'une manière générale, un point sensible de l'économie, peau, dure mère ou pneumogastrique, a été excité ; l'excitation a été transmise aux noyaux de substance grise centrale encéphalo-médullaire, d'où elle a été réfléchie vers différents organes qu'elle a fait entrer en activité.

Il semble rationnel d'admettre que les choses se passent de même pour l'écorce grise cérébrale, et de dire qu'il existe, dans cette écorce ou dans son voisinage, un nombre indéterminé de points sensibles dont l'excitation agit à l'extrémité de fibres nerveuses cérébrales centripètes.

L'excitation est transmise aux noyaux de substance grise centrale encéphalo-médullaire par ces fibres cérébrales, comme elle l'est dans d'autres cas par les fibres nerveuses sensibles de la dure-mère ou du sciatique, puis elle est reportée par les nerfs centrifuges dans différents appareils de l'économie.

Je rappelle que M. Brown-Séquard n'a pas vu survenir de mouvements dans les membres quand il a brûlé, avec le fer rouge, les points de la couche corticale du cerveau designés sous le nom de centres moteurs des membres. C'est là un fait important, contraire à l'hypothèse des centres localisés dans la couche externe du cerveau. Comment, en effet, admettre l'existence de centres moteurs des membres dans des points dont une excitation, aussi puissante que celle de la brûlure, ne produit aucun mouvement dans les membres,

Enfin je rappelle que M. Dupuy, dans les communications qu'il a faites récemment à la Société, admet la nature réflexe des effets produits par la faradisation du cerveau. Mais, au lieu de considérer comme fibres centripètes les fibres de la substance blanche qui s'épanouissent vers la périphérie du cerveau, il attribue ce rôle aux filets nerveux périvasculaires de la pie-mère cérébrale. Il appuie sa théorie sur ce fait anatomique que les vaisseaux de la pie-mère, et par suite les filets nerveux sympathiques qui les accompagnent, sont plus nombreux et plus importants au niveau des points du cerveau dont la faradisation cause les effets les plus considérables.

NEUROPATHOLOGIE

—

La signification physiologique des symptômes bulbaires dans l'encéphalasthénie (Die physiologische Bedeutung bulbærer Symptome in der Encephalasthenie), par Althaus. (*Virch. Arch.*, Bd CXL, Hft I, 1895, p. 158.) (Application physiologique de la neurasthénie.)

L'auteur passe en revue les divers phénomènes d'ordre bulbaire que l'on rencontre dans l'encéphalasthénie (neurasthénie) et il constate que le tonus normal des centres bulbaires est modifié en plus ou en moins dans cette affection. Ils se manifestent chez les personnes avec tare héréditaire après des maladies infectieuses, surtout après l'influenza ; bien entendu qu'il s'agit de troubles fonctionnels sans lésions grossières anatomiques. Les modifications du centre cardiaque bulbaire se traduisent par des palpitations, par de la tachycardie, par de la bradycardie ou bien par le délire du cœur. Les troubles du centre respiratoire donnent naissance à la polypnée, à un asthme spasmodique. Les centres vasomoteurs troublés dans leur équilibre peuvent réaliser le tableau de l'angine de poitrine. Les altérations sont quelquefois bilatérales, mais il peut se faire que d'un côté il y ait un spasme et d'autre part une dilatation, ce qui donne naissance à la congestion de la face d'un côté, à la pâleur de l'autre côté. Le centre pupillaire peut être excité, il en résulte une sensibilité exquise de la pupille à l'accommodation et à la lumière ou, au contraire, il est paralysé et alors les pupilles sont parésiques ; quelquefois il y a de l'inégalité pupillaire. On constate aussi chez les neurasthéniques des accès de toux et d'éternuement qui ne sont en rapport ni avec des lésions de la muqueuse de Schneider, ni avec des lésions trachéo-bronchiques. L'excitation du centre sudoral détermine de l'anidrose, sa paralysie de l'hyperidrose. On peut observer des troubles analogues du côté des centres salivaires (sécheresse de la bouche ou exagération de la salivation). Le centre gastro-intestinal est souvent atteint ; il s'ensuit de la régurgitation, de la dyspepsie par hyperesthésie de la muqueuse digestive ou de la dyspepsie atonique par des troubles de la musculature ; la dilatation de l'estomac est souvent l'expression d'un trouble des appareils bulbaires en rapport avec l'estomac et les nervins donnent, dans ces cas, de meilleurs résultats que la diète ou un autre traitement. Mais c'est le centre bulbaire de la sécrétion uri-

naire qui est le plus souvent atteint par l'encéphalasthénie. Il est relativement rare, en effet, de trouver l'urine absolument normale chez ces malades. Le plus souvent, la densité est diminuée et la réaction est neutre ou alcaline ; l'urine contient plus de phosphate. La phosphaturie survient surtout après le surmenage. Suivant l'auteur, ces troubles urinaires présentent un réel intérêt parce qu'ils peuvent constituer un critérium objectif qui nous permet d'affirmer si le malade est bien portant ou non. A cette phosphaturie, s'ajoutent quelquefois de la glycosurie et de l'albuminurie fonctionnelles. L'auteur conclut de l'analyse de ces faits cliniques qu'il y a, dans la moelle allongée, des centres différents, comme cela existe dans le cerveau, dont l'atteinte détermine des symptômes tout à fait caractéristiques, ce qui confirme encore plus la théorie de Claude Bernard.

MÉDECINE LÉGALE

ANTHROPOLOGIE CRIMINELLE

Questions préalables dans l'étude comparative des criminels et des honnêtes gens (1). (L. Manouvrier : *Arch. de l'anthropologie criminelle*, sept. 1892.)

Dans cette remarquable étude, l'auteur démontre l'inanité du type criminel lombrosien. Par des considérations précises, par un raisonnement irréfutable, M. Manouvrier démolit la théorie de Lombroso et prouve la difficulté de séparer scientifiquement les individus dits criminels d'avec les individus réputés honnêtes. Chacun porte en soi tout ce qu'il faut pour devenir criminel, dit-il, en même temps qu'il écrit que, parmi les honnêtes légalement, il y en a une multitude qui sont purement et simplement des criminels. Les criminels emprisonnés, écrit-il, sont la lie des criminels, mais il y a une masse d'autres qui ont réussi et qui sont appelés honnêtes. Les criminalistes qui, pour différencier biologiquement les criminels des honnêtes gens, ont emboîté le pas à la police, ont oublié que la police n'avait nullement été chargée de faire l'analyse psychologique indispensable en pareille matière. Et plus loin, M. Manouvrier écrit : « Plus on analyse psychologiquement sa vertu, plus on remonte vers les sources et les conditions mésologiques de son honnêteté et plus on a l'honnêteté mo-

(1) *Revue internationale*, 25 décembre 1892.

deste. » M. Manouvrier croit qu'ils sont fort rares ceux qui, réellement honnêtes, affirmeraient que jamais ils ne commettraient de propos délibéré quelque crime contre la morale reconnue par eux-mêmes. De même, ils sont rares ceux qui affirmeraient que, placés dès leur jeunesse au milieu de ces conditions tristes qui sont le lot des criminels, ils fussent devenus et restés quand même honnêtes gens. M. Bertillon estime que, dans Paris, on trouverait peut-être une centaine d'hommes capables de répondre affirmativement, mais ce serait cent imbéciles. Appréciation fort juste au dire de l'auteur. En somme, ce mémoire est à lire et à méditer.

A. HAMON (de Paris).

De la définition du crime (A. HAMON : *Arch. de l'anthrop. criminelle*, mai 1893, brochure in-8 de 20 pages. Storck, éditeur, Lyon).

L'auteur n'admet aucune des définitions du crime jusqu'ici proposées. Aucune de ces définitions ne vaut, parce qu'elles reposent sur des bases plus ou moins conventionnelles, et qu'à des faits concrets la plupart répondent par des formules abstraites ou quintessenciées. Tout d'abord, il établit que le crime est un *acte* : il n'est et ne peut être qu'une chose qui se fait ou est faite, qui se manifeste ou est manifestée. Ce que nous admettons, ne comprenant pas l'attentat, forme des réactions individuelles dans les collectivités, comme une chose virtuelle, relevant de quelque obscure doctrine métaphysique. Mais quelle sorte d'acte ? L'acte comporte par lui-même un caractère de nuisance. Quel objectif la nuisance atteindra-t-elle, qui ne soit jamais discutable ? Evidemment un objectif capable de ressentir cette nuisance, c'est-à-dire l'être organisé, l'être organisé supérieur, l'animal et l'homme : *le crime s'entend de tout acte qui lèse un individu*, l'individu résumant les notions de vie, d'existence propre qui confèrent la sensivité et l'impulsivité aux êtres organisés. Il reste à rechercher comme dernier terme de la définition, quelle est dans l'individu la condition ressortant de l'organisation, sur laquelle l'acte imprime sa nuisance : cette condition, la seule, d'après l'auteur, susceptible de généralisation, et exempte de conventionnalité, serait la *liberté*. Non pas la liberté absolue, qui n'existe pas, mais la *liberté d'agir*, de traduire en acte une volition. « L'individu, a dit Herzen, *n'est pas libre de vouloir* ce qu'il veut, mais il *est libre de faire* ce qu'il veut, si aucune entrave ne vient empêcher l'exécution de sa volition. » C'est

précisément cette entrave qui constitue le crime. *Le crime s'entend de tout acte qui lèse la liberté individuelle*, cette définition me paraît bien large. Evidemment, si on l'applique dans toute sa rigueur, la vie commune ne sera plus qu'une série inextricable d'attentats criminels à tous les degrés. Elle ne tient pas compte de toutes les conditions de l'être organisé. L'individu est organisé pour la vie individuelle, mais aussi, dans les espèces supérieures, pour la vie en commun ou collective. Les attributs qui répondent à cette double obligation, se tempèrent réciproquement. L'individu a la liberté d'agir, mais les autres individus l'ont aussi vis-à-vis de lui, et l'exercice de cette faculté s'arrête là où commence pour chaque organisme une certaine souffrance susceptible de lui occasionner une lésion. Le conflit des libertés individuelles se résout dans le consensus social : dans ce consensus, il y a à établir où la restriction à la liberté individuelle menace d'entraîner la souffrance, la lésion, et c'est la formule définitive à cet égard qui nous manque, qui est restée jusqu'ici dans le conventionnel. Est-ce à dire qu'elle n'existe pas ? A notre avis, non : elle sera le dernier terme d'une évolution encore à peine ébauchée.

A. Corre (de Brest).

Les aliénés à tendances homicides présentent-ils des particularités physiques caractéristiques ? (L. Camuset : *Annales médico-psychologiques*. Septembre-octobre 1893.)

Pris individuellement, les aliénés à tendances homicides ne reproduisent pas fréquemment le type du criminel homicide avec tous ses caractères. Pris dans leur ensemble, c'est-à-dire étudiés sur le type commun moyen, tiré des descriptions particulières de tous les sujets composant la série, et comparés aux aliénés ordinaires et aux individus normaux, ils se rapprochent beaucoup plus que ces derniers du criminel homicide de l'Ecole. Ou autrement, les aliénés à tendances homicides. considérés dans leur ensemble, se distinguent des aliénés inoffensifs par une proportion plus grande chez eux des stigmates que l'Ecole attribue à la criminalité homicide. C'est en réalité une proposition analogue à celle que M. Lombroso a toujours soutenue à propos des criminels par rapport aux individus normaux. Ce travail ne vise qu'un seul point de la doctrine Lombrosienne, celui qui a trait à la valeur des stigmates physiques de la criminalité homicide. Toutes les autres propositions de l'école d'anthropologie criminelle sont hors

de cause. Pour l'auteur, la théorie du crime, phénomène d'atavisme toujours, ne paraît pas étayée sur des données suffisamment positives, suffisamment scientifiques. Une agglomération d'individus véritablement criminels, complètement dénuée d'altruisme, semble, *ipso facto*, incapable de tout progrès, de toute civilisation. Une hypothèse qui paraît beaucoup mieux s'accommoder aux faits est celle-ci : le crime, le *crime naturel* bien entendu, est un phénomène de dégénérescence, et cette dégénérescence spéciale se caractérise ordinairement par certains signes physiques plus ou moins prononcés. MOREAU DE TOURS (de Paris).

Revue bibliographique française et étrangère

La chirurgie et les localisations cérébrales

Par GEORG FROJE.

(*Deutsche Medicin. Wochenschr.*, 1894, nos 5, 6.)

L'auteur parle de trois trépanations. faites dans la clinique chirurgicale de Breslau, dans lesquelles on fit soit des expériences d'excitation électrique dans la région des centres psychomoteurs, soit des observations intéressantes pendant le traitement ultérieur.

Dans le premier cas il s'agit d'un homme de 51 ans, souffrant d'épilepsie corticale, depuis 23 ans, à la suite de nombreux coups reçus sur la tête dans une bagarre. Depuis sept ans le malade a un aura indéniable qui survient avant les attaques et qui se présente sous forme d'une sensation d'assoupissement et d'engourdissement, et de soubresauts musculaires dans les extrémités gauches et la moitié gauche de la face. Depuis trois ans, soubresauts nerveux dans le bras droit et la moitié droite de la face, plus tard paralysie faciale partielle et parésie brachiale. En même temps on observe chez le malade des troubles de la parole, un affaiblissement marqué de la mémoire, et l'hémiopie droite incomplète. Diagnostic d'une forte tumeur dans le tiers moyen de la deuxième frontale gauche. La résection temporaire crânienne montra que la cause de la maladie n'était pas une tumeur, et que le mal avait deux foyers : le premier un cysticerque ancien et calcifié dans le tiers moyen de la deuxième frontale gauche et s'enfonçant profondément dans la substance cérébrale ; le second était représenté par un kyste superficiel mou et récent d'un cysticerque. L'excitation de l'écorce céré-

brale au voisinage des deux foyers au moyen de faibles courants induits, donna pour le point supérieur des flexions brusques, énergiques et isolées du pouce droit, pour le point inférieur des tressaillements de la paupière supérieure droite et de la commissure droite des lèvres. Extraction complète des cysticerques. Guérison complète de la paralysie faciale, amélioration notable des mouvements de la main et disparition des troubles de la parole.

Dans le second cas, il s'agissait d'une jeune fille de 18 ans qui, à l'âge d'un an et demi, avait fait une chute ayant eu pour résultat une fissure et une dépression du côté droit postérieur de la voûte crânienne. Dans la douzième année, attaques d'épilepsie Jacksonnienne, une fois par semaine en moyenne et d'une durée de 3 à 5 minutes. Une augmentation marquée du tonus musculaire de l'extrémité supérieure gauche se manifeste quelque temps après. On constate en même temps chez la jeune fille une excitation nerveuse exagérée dans la région inférieure de la moitié gauche de la face. On diagnostique un foyer dans la région du cerveau correspondant à la fissure traumatique et se trouvant exactement au tiers moyen du *gyrus postcentralis*, empiétant même sur le *gyrus supra-marginalis et angularis*. Lors de la résection du crâne, on trouva un kyste siégeant au niveau de la partie postérieure du tiers moyen du *gyrus postcentralis* et aussi du *gyrus supra-marginalis et angularis* tout entier; plus loin on constata l'adhérence de la partie inférieure du lobe pariétal à l'os. L'excitation électrique de l'écorce au-dessus du foyer produisit un court mouvement de flexion du pouce gauche; celle de la partie située immédiatement en avant du foyer, un tressaillement du petit doigt de la main gauche. Après l'écoulement du liquide kystique (ce liquide était comme de l'eau de roche, une poche à cysticerques ?) on pratiqua l'ablation de la substance cérébrale ramollie. Cessation immédiate des attaques épileptiques. Il est à remarquer les troubles de miction et de défécation qui ont persisté pendant 14 jours après la trépanation.

Dans le troisième cas, il s'agissait d'une céphalalgie frontale violente et persistante, survenue à la suite de l'envahissement de la région frontale du cerveau, de la dure-mère et de la voûte osseuse du crâne par un cancroïde de la région sus-orbitaire. Après une ablation très soigneuse de toutes les parties malades, le mal de tête diminua considérablement.

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères, place Saint-André, 3.
Maison spéciale pour Journaux et Revues.



ANNALES DE PSYCHIATRIE ET D'HYPNOLOGIE

STRUCTURE DU CERVEAU

Leçons faites à l'hôpital de la Charité, par J. Luys.

Messieurs,

La masse de substance nerveuse contenue dans la cavité cranienne est constituée par des éléments multiples, artificiellement séparés pour la commodité de la description anatomique, et, strictement associés dans la nature les uns avec les autres. Ces éléments multiples sont : — le cerveau proprement dit, — le cervelet et ses pédoncules, — l'isthme de l'encéphale et les régions protubérantielles et bulbaires. Tous ces divers départements du système nerveux forment une masse compacte homogène, qui s'énucle du crâne tout d'une pièce, lorsqu'on a ouvert la boîte cranienne qui les y enserre.

1° La masse cérébrale est essentiellement constituée par deux lobes en apparence symétriques eu égard aux grandes lignes et aux grandes divisions topographiques, mais asymétriques si on les considère dans leurs détails (1).

(1) Pour reconnaître aisément combien les plis de l'écorce sont dissemblables chacun à chacun dans ses différents territoires, il suffit de prendre une feuille de papier à calquer et de l'appliquer sur la surface d'une coupe, soit horizontale, soit verticale, du cerveau, compre-

Ces deux lobes sont logés chacun isolément dans la cavité ostéo-fibreuse de la boîte cranienne, formant un segment de sphéroïde à grand axe antéro-postérieur. Celle-ci est constituée, d'une part, — en dehors par la paroi cranienne fronto-temporo-pariéto-occipitale qui leur forme une enveloppe concave rigide; et, — à l'intérieur, elle est limitée par une cloison fibreuse verticalement tendue, la faux du cerveau, qui les isole l'un de l'autre (1).

Ils sont néanmoins reliés entre eux par un système de fibres commissurantes à direction transversale, dont l'ensemble constitue la voûte du corps calleux. Chaque lobe cérébral, enserré ainsi dans sa loge propre, la remplit presque exactement. — Néanmoins, il est bon de savoir qu'il n'y a pas un accolement complet entre le contenant et le contenu du crâne, et qu'il résulte des recherches spéciales que j'ai faites à ce sujet, qu'il existe un espace libre interposé entre la surface du cerveau et son enveloppe osseuse, et que cet espace libre est rempli par le liquide céphalo-rachidien.

Il résulte donc de cette disposition, que la masse cérébrale n'est pas bridée, ni immobilisée sur place, mais qu'elle est susceptible de suivre, dans une certaine limite, les différentes oscillations de la tête, et de subir passivement une série de déplacements. Ces déplacements sont le plus accentués dans les régions culminantes du cerveau, et j'ai constaté que, lorsque la tête s'infléchit en avant et qu'elle se reporte en arrière, les régions culminantes des lobes cérébraux suivent ce mouvement de glissement antéro-postérieur, et

nant en même temps les deux lobes. Alors, à l'aide d'un pinceau fin imbibé d'encre de Chine, on trace sur ce papier les contours des plis similaires de chaque lobe, et, le tracé étant sec, on plie la feuille de papier par son milieu. On reconnaît alors que les sinuosités du lobe droit, par exemple, ne se superposent presque nulle part sur celles du côté gauche.

(1) La faux du cerveau, quoique tendue verticalement entre les deux lobes, est susceptible d'être déprimée dans les différents décubitus latéraux de la tête.— Ainsi, je me suis assuré, à l'aide de sections cranio-cérébrales, que, lorsque la tête repose dans le décubitus latéral droit, par exemple, le lobe gauche supérieurement situé déprime la faux du cerveau et vient presser sur la face interne de son congénère, qui se trouve ainsi médiatement comprimé.

que leur déplacement peut être évalué de 5 à 6 millimètres (1).

Avant d'entrer dans notre sujet, il nous paraît opportun de nous poser la question préalable suivante :

Qu'est-ce que le cerveau ? Où commence-t-il ? Où finit-il ?

Question bien simple en apparence et qu'on croit généralement résoudre d'un coup d'œil jeté sur la masse encéphalique, et cependant bien complexe en réalité, puisque la solution qu'elle exige implique une connaissance approfondie de ce lacis inextricable d'éléments nerveux qui se trouve à la base de l'encéphale, au confluent de la moelle allongée et des pédoncules cérébelleux.

Jusqu'à présent, tous les anatomistes qui se sont occupés du système nerveux, se sont contentés d'enregistrer *grosso modo* les différents dépôts de substance grise et blanche qu'ils rencontraient au fur et à mesure qu'ils s'avançaient dans leur description. C'est ainsi qu'ils ont décrit comme régions isolées le bulbe, la protubérance, l'isthme de l'encéphale, en ajoutant çà et là quelques dénominations nouvelles, sans se douter qu'en scindant ainsi ce qui est uni dans la nature, ils créaient des divisions artificielles des choses systématisées et constituaient ainsi des aperçus arbitraires dénués de vues d'ensemble. Cette façon routinière de faire la description de l'encéphale qui s'est répétée de siècles en siècles, et qui se continue encore, est une des causes principales des obscurités nombreuses qui planent sur l'étude de l'agencement des fibres cérébrales. — De là, la nécessité qui s'impose de chercher des méthodes nouvelles d'investigation, d'étudier par soi-même d'une façon originale, et d'avoir constamment la nature sous les yeux; abstraction faite des travaux routiniers qui la plupart du temps n'ont servi qu'à en obscurcir la question.

Aussi, quand il s'agit de décrire l'écorce cérébrale dans ses rapports et sa situation, tout le monde est d'accord, en

(1) Voir Luys, l'*Encéphale*, 1884. De la locomobilité du cerveau suivant les différentes attitudes de la tête.

ce qui concerne l'homme, pour limiter le champ d'étude. Mais quand il s'agit de l'encéphale des vertébrés les difficultés commencent, et, s'il faut par exemple fixer chez certains poissons les équivalents anatomiques des lobes cérébraux, les anatomistes sont loin d'être d'un même avis.

Pour les corps opto-striés, la même netteté d'apparence se retrouve au point de vue de la limitation. Et s'il s'agit d'indiquer soit la face supérieure, soit la face interne, soit la face externe de chacun d'eux, tout le monde est encore d'accord. Mais, si on passe à la délimitation des régions inférieures de ces mêmes noyaux, l'incertitude commence à poindre, et l'anarchie règne dans les esprits. — Où finit en effet la couche optique ? où est son plancher anatomique ?

Rien encore de précis à ce sujet, même dans les ouvrages les plus récents qui se piquent volontiers d'une sévère exactitude.

Faut-il admettre comme je le fais que le plancher des couches optiques doit être délimité inférieurement par les noyaux rouges de Stilling et par ce plan de fibres blanches descendantes qui vont s'agglomérer sur ces mêmes noyaux rouges ? Faut-il considérer ces mêmes noyaux rouges comme faisant partie intégrante de la masse thalamique, ou doivent-ils en être exclus ? (1)

Questions non résolues, pas même discutées jusqu'ici, puisque les auteurs contemporains les plus autorisés n'ont que des notions encore vagues sur ces mêmes noyaux rouges de Stilling, qu'ils admettent à peine parce qu'ils ne les ont pas trouvés décrits par leurs devanciers dont ils aiment tant à copier les imperfections.

Mêmes difficultés lorsqu'il s'agit de la substance grise du corps strié ?

Tout le monde est d'accord pour reconnaître que ce dépôt de substance grise est divisé en deux segments, l'un intérieur, l'autre extérieur, par une série de fibres blanches qui pénètrent dans sa masse. — Mais, en dehors de ces deux noyaux intra et extra-ventriculaires, il y a encore à la base un noyau jaune spécial sur lequel j'ai appelé le premier

(1) Voir c. d. Planche ci-jointe.

l'attention (1), constitué par des fibres jaunes disposées en arcades emboîtées, et qui se trouve sur le prolongement de l'étage inférieur du pédoncule.

Ce noyau jaune à son tour doit-il être considéré comme partie intégrante du corps strié ? (2)

Les auteurs contemporains, qui semblent encore ignorer l'existence de ce territoire nerveux, sont sur ce point presque unanimement silencieux.

Et cependant, de quelle importance il serait d'avoir des délimitations précises pour pouvoir exactement localiser les lésions pathologiques siégeant dans ces départements à peu près inconnus, tant au point de vue des recherches de la pathologie que de celles de la physiologie expérimentale !

On voit donc que si l'écorce cérébrale forme une unité anatomique nettement délimitée, les noyaux opto-striés qui avec elle constituent les parties fondamentales du cerveau, présentent encore des limites indécises au sujet de leurs frontières anatomiques. — Ces considérations ont une portée considérable en anatomie pathologique et en physiologie cérébrale. — Comment en effet localiser nettement telle ou telle lésion, comment préciser les actions dynamiques de telle ou telle région nerveuse alors que les frontières naturelles de cette région ne sont pas encore fixées? Il faut bien le répéter, c'est chez les auteurs contemporains cette insuffisance des notions anatomiques de l'organisation du cerveau, qui est et sera encore pendant longtemps la cause de discordances nombreuses entre les physiologistes et les pathologistes.

Ce que nous venons de dire au sujet des noyaux rouges de Stilling, des noyaux jaunes du corps strié, et de leur raccordement aux différents territoires de l'écorce, va nous servir de transition pour expliquer ce qui va suivre.

En dehors de ces deux noyaux supérieurs opto-striés, il

(1) Ce noyau jaune du corps strié a été très nettement figuré par les artistes dessinateurs des anciennes iconographies cérébrales, et, chose étrange ! les anatomistes n'en ont pas tenu compte. — Je l'ai décrit comme territoire nerveux spécial, en 1865, dans une première recherche sur le système nerveux.

(2) Voir les Planches XLIII, XLIV et IX et X de mon Iconographie du système nerveux.

y a encore toute une série de noyaux secondaires sous-jacents, étagés les uns au-dessus des autres depuis la région des pédoncules cérébraux jusqu'à la région du bulbe rachidien. Ils constituent ainsi une série de centres d'amortissement pour une série spéciale de fibres blanches irradiées de l'écorce.

Ces noyaux sont, de haut en bas : les noyaux rouges de Stilling ; planche *h*— la substance grise accessoire des noyaux rouges dénommée par Forel *g* — corpus Luysii ; — les réseaux gris de Sœmmering *k* ; — ceux de la protubérance *l m n* ; enfin les corps olivaires du bulbe *p o*.— Chacun d'eux reçoit un contingent de fibres cérébrales descendantes qui opère ainsi leur rattachement (1).

On arrive ainsi à reconnaître que cette immense surface grise ondulée de l'écorce cérébrale n'est pas seulement en connexion avec les noyaux opto-striés — mais encore qu'elle se rattache d'une manière directe à toute cette série de noyaux gris qui s'étagent les uns au-dessus des autres, depuis la base du cerveau jusqu'à la région bulbaire, et qui forcément se trouvent associés à ses manifestations dynamiques. — L'écorce avec ses fibres blanches convergentes *descend* donc plus ou moins bas vers la moelle allongée et se trouve avoir ainsi une sphère d'activité beaucoup plus étendue qu'on ne le suppose généralement.

Les conclusions logiques qui découlent de ce nouvel ordre d'idées sont donc celles-ci :

Les divisions usuelles employées jusqu'ici pour décrire la masse de l'encéphale, ne sont que des divisions arbitraires qui ne s'adressent qu'à la configuration extérieure des choses, sans tenir compte des connexions intimes.— Elles sont artificielles, vagues dans leur délimitation, et par conséquent elles ne tiennent pas compte de la continuité du faisceau nerveux et ne permettent pas les aperçus d'ensemble, et séparent ce qui est indivis dans la nature.

De plus, elles laissent de côté les questions relatives au développement de l'encéphale ainsi que celles qui touchent à l'anatomie comparée ; elles doivent donc être presque

(1) Voir la description du faisceau descendant cérébro-olivaire que j'ai décrit dans le numéro précédent de ce journal.

complètement abandonnées, pour faire place à un mode d'exposition plus méthodique reposant sur des données plus précises et en harmonie avec les faits de la physiologie et de l'anatomie pathologique, qui est le véritable contrôle des rapports des différents appareils nerveux les uns avec les autres.

C'est en raison de ces diverses considérations que nous arrivons à répéter ce que nous disions précédemment, qu'une bonne description anatomique du cerveau de l'homme et des vertébrés était un des problèmes les plus complexes qui s'imposent à l'esprit de l'anatomiste. — Car cette formule unique doit être la synthèse d'une analyse approfondie de tous les détails. — Elle doit les comprendre tous, les relier entre eux, les comparer dans la série des vertébrés, tenir compte du développement, et s'appliquer non seulement à l'agencement particulier des fibres et de l'encéphale, mais encore à celui du système nerveux tout entier.

Je pense donc, en m'appuyant sur mes dernières recherches relatives à la répartition des fibres blanches dans le cerveau (1), d'une part, et à leur mode de dissémination dans la masse des régions grises de la base, d'autre part, et en tenant compte encore de cet autre facteur, l'élément spinal, le névraxe, dont les fibres ascendantes viennent précisément se perdre dans les mêmes régions grises centrales susindiquées, pouvoir donner la formule suivante de l'organisation du cerveau telle que je la comprends :

« *Le cerveau est l'ensemble des plis de l'écorce de cha-*
« *que lobe cérébral, reliés d'un côté à l'autre (fibres com-*
« *missurantes) et reliés aux noyaux opto-striés et aux*
« *noyaux sous-optiques (fibres blanches descendantes :*
« *fibres cortico-optiques, cortico-striées et cortico-sous*
« *optiques).* »

Chaque lobe cérébral pris isolément présente à son tour à considérer :

(1) Nouvelles recherches sur la structure du cerveau et l'agencement des fibres cérébrales. Mémoire lu à l'Académie des sciences, 7 juillet 1884. Voir l'*Encéphale*, 1884.

1° Des amas de substance grise;

2° Des agglomérations de substance blanche.

Les amas de substance grise sont composés de myriades de cellules et représentent les régions essentiellement actives du système nerveux. Ils sont disposés :

A. D'une part, à la périphérie sous forme d'une couche mince onduleuse continue qui est l'écorce cérébrale;

B. D'autre part, dans les régions centrales sous forme :

1° De deux noyaux gris accolés l'un à l'autre, les couches optiques et les corps striés (noyaux opto-striés);

2° D'une série de noyaux gris, stratifiés les uns au-dessus des autres, depuis le plancher des couches optiques jusqu'au collet du bulbe, qui occupent à droite et à gauche les régions centrales du nevraxe et constituent des amas de substance grise reliés à l'écorce par des fibres blanches spéciales (noyaux rouges de Stilling — bandelette accessoire — corpus Luysii — substance grise de Sœmmering — régions grises de la protubérance, — corps olivaires du bulbe) (1).

Ce sont ces agglomérations grises stratifiées que nous décrirons sous la dénomination nouvelle de *noyaux sous-optiques*. En raison de leurs connexions avec les différents territoires de l'écorce, ils doivent être rattachés aussi légitimement à la description d'ensemble du cerveau que les noyaux opto-striés eux-mêmes dont ils ne sont que les diminutifs.

La substance blanche médullaire composée de milliers de tubes nerveux juxtaposés occupe les espaces compris entre la périphérie corticale et la série des noyaux centraux. — Les fibres qui les constituent sont décomposables en plusieurs systèmes de fibres indépendants dont nous ferons une description isolée (2).

(1) Voir la Planche ci-joint.

(2) Cette conception spéciale de l'agencement des fibres de l'encéphale va nous servir de guide dans la description qui va suivre. Quoi qu'elle s'écarte complètement des errements classiques, j'espère en démontrer, chemin faisant, la valeur, en faisant voir qu'elle rend compte de tous les détails anatomiques connus, qu'elle ne disjoint point ce qui est uni dans la nature, et que, de plus, elle est en rapport avec les données de l'anatomie comparée et de l'anatomie pathologique. Néanmoins, pour ne point trop brusquer les anciennes habitudes, j'emploierai encore çà et là certaines dénominations anciennes, destinées à fixer les idées sur les régions à l'étude.

DE L'EXAMEN NÉCROSCOPIQUE DU CERVEAU.

Comment convient-il d'étudier le cerveau au point de vue des autopsies ?

C'est là une question d'une grande importance, et qui s'impose chaque fois qu'on se propose de faire l'examen minutieux du cerveau. Suivant en effet qu'on veut étudier tel ou tel point, il faut procéder d'une façon différente à l'examen de la masse encéphalique.

Vaut-il mieux employer la scie ou le marteau pour faire l'ouverture de la boîte cranienne ?

La scie ne doit être employée que dans des cas spéciaux pour faire des études particulières relatives, par exemple, aux recherches de topographie cranio-cérébrale. L'emploi du marteau, bien manié, est plus pratique et permet d'aller plus vite.

La voûte du crâne ayant été enlevée à l'aide du marteau, la dure-mère, qui se présente immédiatement, est incisée crucialement, et, ses lambeaux ayant été rejetés à droite et à gauche, on procède rapidement à l'énucléation de la masse encéphalique. Il faut alors agir avec délicatesse et précision, de façon à éviter les meurtrissures artificielles et surtout les déchirures des pédoncules cérébraux. On introduit donc délicatement la main droite au devant de chaque lobe cérébral au niveau des régions orbitaires, et on les fait basculer d'avant en arrière, la main gauche soutenant la masse cérébrale au fur et à mesure qu'elle se détache. On incise successivement les nerfs craniens de la base de l'encéphale, puis la tente du cervelet, puis enfin, en ayant surtout soin d'éviter les tiraillements de la région de la protubérance, on sectionne, dans la cavité rachidienne, la région bulbaire de la moelle, aussi bas que possible (1) ; et la masse encéphalique étant ainsi énucléée, on la place immé-

(1) Pour faire l'incision de la moelle bulbaire, je me sers habituellement d'un scalpel spécial, dont l'extrémité est coudée, et qui est tranchant sur le bord. Ce scalpel, qui peut être introduit dans le canal rachidien, permet de s'engager plus profondément et de sectionner la moelle à 3 centimètres plus profondément qu'avec un scalpel ordinaire.

Fig. 1. — *Rapport des fibres blanches avec l'écorce et les noyaux centraux.*

Figure demi-schématique

Le schéma que nous publions ici, donnera une idée d'ensemble de la disposition des fibres cérébrales, ainsi que celle des différents dépôts gris centraux.

C O. — Couches optiques avec *leurs noyaux isolés.*

C S. — Corps striés.

A. — Point de départ des plis de l'écorce. — Circonvolution calloso-marginale.

bb'b"b". — (Fibres reliant l'écorce à la couche optique — Fibres de la couronne rayonnante de Reil — Capsule interne — Fibres convergentes thalamo-corticales.)

Ces fibres d'origine corticale se terminent directement dans les noyaux thalamiques en R.

c c c. — Fibres reliant l'écorce au corps strié — Fibres cortico-striées.

ddddd. — Fibres du contingent sous-optique reliant certains territoires de l'écorce aux dépôts gris des régions du névraxe.

On voit en O un faisceau descendant qui va se distribuer à l'olive bulbaire correspondante.

e f. — Comparer avec *st.* T représente les fibres commissurantes supérieures, celles du corps calleux, et F les fibres commissurantes inférieures, celles de la commissure blanche.

Les fibres commissurantes supérieures et inférieures émergent des réseaux gris de l'écorce, en commun avec les convergentes ; et c'est au moment où elles se séparent les unes des autres qu'elles interceptent un espace vide angulaire figuré en S à la partie supérieure, en E à la partie inférieure qui n'est autre que la cavité des ventricules latéraux. — De là la formation de l'étage supérieur et de l'étage inférieur de la cavité des ventricules latéraux.

g. — Bandelette accessoire du noyau rouge de Stilling (corpus Luysii).

h. — Noyaux rouges de Stilling — recevant d'une part le paquet des fibres du contingent sous-optique, et d'autre part celui des pédoncules cérébelleux supérieurs entrecroisés en J.

i. — Substance grise centrale tapissant les parois du 3e ventricule.

K. — Réseau gris de la substance grise de Sœmmering.

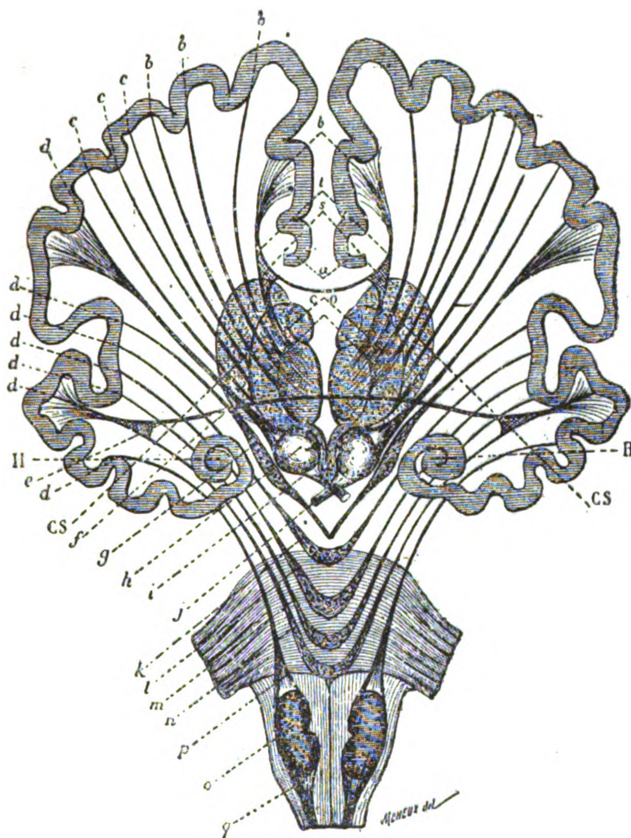
l m n. — Réseaux gris centraux de la protubérance en relation avec des fibres descendantes cérébrales dont l'origine corticale est encore indéterminée.

O. — Corps olivaires.

p. — Faisceaux descendants de l'écorce nettement apparents en ces régions et allant se perdre dans la substance grise des corps olivaires.

q. — Faisceaux de fibres ascendantes provenant de la moelle épinière et s'amortissant dans les réseaux gris des corps olivaires.

Schéma des connexions de l'écorce, par l'intermédiaire des fibres blanches, avec les différents groupes de noyaux opto-striés et sous-thalamiques.



diatement sur une table, en la faisant reposer sur sa convexité.

Dans cette position, on sépare tout de suite par une incision transversale portant sur la racine de chaque pédoncule cérébral (au niveau des bords supérieurs de la protubérance), l'isthme de l'encéphale des lobes cérébraux proprement dits.

On examine immédiatement, pour ne pas les oublier ni avoir à y revenir, les différentes régions de l'isthme de l'encéphale.

— On pratique alors sur le lobe cérébelleux médian une

incision verticale, qui met à nu la paroi antérieure du 4[e] ventricule, qu'on est par cela même forcément obligé d'examiner. — On constate alors sa coloration, ses rugosités (paralysie générale), les foyers d'hypérémie variés qu'elle présente, les teintes ocreuses qui s'offrent à la vue dans ces régions spéciales que j'ai appelées régions diabétiques (1), au niveau des insertions des pédoncules cérébelleux supérieurs, et on arrive ainsi à l'étude du cervelet, qui doit être examiné tranche par tranche, à celle des corps dentelés, puis à celle des régions protubérantielle et bulbaire, dont on doit faire méthodiquement l'examen, après avoir reconnu l'état de leurs membranes à l'aide de coupes minces.

On constatera aussi l'état des vaisseaux, la présence de foyers sclérosiques diffus ou localisés, et surtout la consistance des olives bulbaires (syphilis cérébrale), ainsi que la coloration souvent bistrée des méninges de cette région (surtout chez les femmes mortes en couches d'accidents éclamptiques).

Une fois qu'on a donné un coup d'œil rapide à ce département spécial de l'encéphale, et qu'on a reconnu les régions qui doivent être soumises à un examen ultérieur fait à tête reposée dans le laboratoire, on passe ensuite à l'examen des lobes cérébraux proprement dits.

Après les avoir examinés superficiellement au point de vue de l'état physique des méninges, de la turgescence des vaisseaux, de leur coloration, des adhérences, on procède ensuite, de la façon suivante, à leur examen méthodique.

Quand on veut faire l'examen immédiat et complet de la masse cérébrale, la seule manière de l'étudier à fond et rapidement, c'est de procéder à l'aide de coupes minces de un à deux centimètres d'épaisseur, pratiquées soit dans le sens vertical, soit dans le sens horizontal.

J'emploie de préférence la méthode des coupes verticales pratiquées d'arrière en avant, parce qu'elles sont plus faciles à faire que les horizontales, en raison de leur surface moindre, et par conséquent elles ont une apparence plus

(1) Luys Voir l'*Encéphale*, 1882, page 8. Contributions à l'étude des lésions du quatrième ventricule dans le diabète spontané.

symétrique. — Le cerveau reposant alors sur sa face inférieure, on procède directement d'arrière en avant, la main armée d'un couteau à lame mince bien tranchant et mouillé soit avec de l'alcool ou de l'huile, à une série d'incisions transversales, distantes les unes des autres de 1 à 2 centimètres au plus. —Les tranches cérébrales ainsi pratiquées, on les place isolément les unes au-devant des autres sur la table, suivant leur ordre naturel de juxtaposition, la face postérieure de chacune d'elles se trouvant directement en vue. On lave alors chaque surface à grande eau, et l'on peut suivre, étant donnée une lésion siégeant dans un point déterminé, les différentes dégradations qu'elle offre dans son ensemble sur chacune de ces coupes. Cela fait, il ne faut pas se contenter de l'examen qui vient d'être pratiqué; il faut recommencer l'examen dans l'ordre inverse ; chaque tranche du cerveau restant en place, on retourne chacune d'elles isolément, de façon qu'elles présentent en vue leur face antérieure. On lave pareillement à grande eau toutes ces surfaces cérébrales, et on peut vérifier ainsi l'étendue des désordres que l'on recherche.

Cette façon de procéder permet d'étudier avec précision les rapports généraux de la substance blanche et de la substance grise, ceux des noyaux centraux, et surtout de faire un examen rapide des différentes sinuosités de l'écorce que l'on peut ainsi apprécier au point de vue de son épaisseur, de sa consistance, de sa coloration, dans des territoires déterminés, dont on reconnaît ainsi l'emplacement d'une manière certaine.

Pour donner plus de précision à la détermination de certaines lésions anatomiques, je complète cet examen par l'emploi d'un verre dépoli, dont la surface lisse est appliquée directement sur la surface de la coupe cérébrale dont je veux prendre un graphique : j'arrose alors le côté rugueux du verre dépoli à l'aide d'un filet d'eau. Il devient ainsi transparent et permet à l'œil de suivre tous les détails de la coupe cérébrale sous-jacente. A l'aide d'un crayon à la mine de plomb, on peut, sur cette surface plane, suivre exactement le contour des détails de la région. On reprend ensuite ce graphique tracé sur le verre, à l'aide d'une feuille de papier à calquer que l'on colle sur un bristol. On obtient

ainsi un tracé fidèle de certaines lésions cérébrales, qui permet de localiser nettement leur situation topographique (1).

Quand on n'a pas pour objectif de faire un examen anatomique complet du cerveau, et que l'on veut se borner seulement à une étude morphologique des circonvolutions, et ultérieurement à faire une momification des lobes cérébraux destinés à faire partie d'une collection, on procède de la façon suivante :

La masse encéphalique ayant été énucléée ainsi que nous l'avons dit précédemment, et l'isthme de l'encéphale ayant été isolé, on prend les lobes cérébraux proprement dits, et, par une incision antéro-postérieure pratiquée sur la ligne médiane, on les sépare immédiatement l'un de l'autre. On les dépouille alors, aussi exactement que possible, de leurs membranes (chose assez facile à faire chez les sujets avancés en âge, dont les méninges sont résistantes), mais, la plupart du temps, presque impraticable chez les jeunes sujets, à cause de la délicatesse extrême de leur trame (2).

Ceci fait, on pèse aussi exactement que possible le poids isolé de chaque lobe, que l'on inscrit sur un registre à part, et on les plonge immédiatement dans un bain de bichromate de potasse à saturation, où on les laisse environ 15 à 20 jours, suivant le degré de pénétration de la substance durcissante. On peut même les laisser un mois à six semaines sans inconvénient. — On suivra, pour les préparations ultérieures, les indications signalées précédement à propos de la méthode de momification des cerveaux.

(1) Voir Luys. Société médicale des hôpitaux. Séance du 12 avril 1876. Des conditions pathogéniques du développement de la paralysie générale.

(2) Luys. Société de biologie 1874. Procédé graphique pour obtenir des calques de la substance cérébrale.

CHIRURGIE DU CERVEAU

I. — Sur quelques progrès réalisés dans le domaine de la chirurgie cérébrale (1).

M. von Bergmann (de Berlin). — Grâce à l'antisepsie et aux progrès réalisés par les physiologistes et les cliniciens dans la question des localisations cérébrales, la chirurgie a osé entreprendre et a entrepris souvent avec succès le traitement de maladies considérées jusqu'ici comme incurables. Malheureusement, la chirurgie cérébrale aura toujours un champ limité, en raison des circonstances diverses et, en particulier, de la difficulté ou de l'impossibilité du diagnostic dans un grand nombre de cas. Ainsi, pour ce qui concerne les tumeurs du cerveau, les statistiques nous montrent que 29 % seulement des cas sont opérables, mais qu'un quart seulement de ces derniers aurait pu être opéré, le diagnostic étant impossible dans tous les autres cas. Il importe donc de s'attacher, d'une part à préciser de plus en plus le diagnostic et, d'autre part, à améliorer sans cesse la technique opératoire. A ce dernier point de vue, de grands progrès ont été accomplis grâce à la méthode des résections ostéoplastiques étendues du crâne, qui permettent l'extirpation de tumeurs même volumineuses. Il importe avant tout de mener l'opération rapidement. C'est ce qui permet de réaliser l'instrument que je vous présente et qui n'est autre qu'une scie circulaire mise en mouvement avec une très grande vitesse au moyen d'un petit moteur électrique. En quelques instants, on peut, de cette manière, circonscrire un lambeau osseux étendu. La section, commencée avec la scie, est terminée avec un fin ciseau, afin d'éviter autant que possible une lésion de la dure-mère.

De nombreuses tentatives ont été faites dans le but d'obtenir la guérison de l'épilepsie par voie opératoire ; ces tentatives n'ont été couronnées de succès que dans les formes d'épilepsie dues à une lésion des centres moteurs corticaux. Il importe, du reste, d'être très réservé dans l'interprétation des résultats obtenus. Tout le monde connaît des cas de guérison momentanée chez les épileptiques à la suite de la trépanation pure et simple ou de l'excision d'une cicatrice du cuir chevelu. J'ai vu, pour ma part, les crises d'épilepsie cesser pendant le temps nécessaire de la guérison de la plaie chez

(1) Congrès chirurgical de Berlin, avril 1895.

un individu qui avait subi l'amputation de la jambe. On ne peut approuver les opérations consistant à extirper, chez des épileptiques, des portions de l'écorce cérébrale d'apparence saine, mais que l'on croit être le point de départ des crises épileptiques. L'extirpation n'est justifiée que dans les cas où il existe une lésion appréciable, par exemple un kyste.

Nombreux sont les succès opératoires dans les abcès du cerveau. La chirurgie a même osé s'attaquer à la thrombose des sinus et à la leptoméningite suppurée. Ici encore le diagnostic est loin d'être toujours possible et nombre d'abcès non soupçonnés échappent de ce fait à une intervention. Je ne puis examiner ici avec les détails qu'elle comporte cette question du traitement opératoire des abcès intracraniens ; je me bornerai à quelques courtes considérations sur la forme la plus fréquente de ces abcès, à savoir celle qui succède à une otite moyenne suppurée. Dans un quart de ces cas la cause de la suppuration est un cholestéatome de l'oreille moyenne. Les abcès intracraniens qui se développent dans ces conditions par continuité sont situés soit en dehors, soit en dedans de la dure-mère ou encore dans l'intérieur de la substance cérébrale, le plus souvent dans le lobe temporal. Pour atteindre ces abcès, relativement très accessibles et à siège plus ou moins constant dans la cavité cranienne située au-dessus de la voûte tympanique, j'ai imaginé un procédé opératoire préférable, à mon avis, à la simple trépanation habituellement employée dans ces cas. Ce procédé consiste à réséquer une portion quadrangulaire des parois du crâne immédiatement au-dessus du conduit auditif externe. Dans ce but, on circonscrit un lambeau cutanéo-musculo-périosté à base supérieure au moyen de trois incisions, l'une horizontale commençant au-dessus de l'arcade zygomatique pour se terminer en arrière de l'apophyse mastoïde, les deux autres verticales menées la première en avant du tragus, la seconde en arrière de la saillie mastoïdienne et présentant une hauteur d'environ 4 centimètres. La brèche osseuse ainsi produite donne un large accès à l'intérieur du crâne et facilite singulièrement la tâche de l'opérateur.

Dans la thrombose des sinus, l'intervention chirurgicale a fourni des résultats inespérés. Elle consiste, on le sait, à atteindre directement le sinus transverse, — car c'est de ce dernier qu'il s'agit le plus souvent — à travers l'apophyse mastoïde : le sinus transverse correspond, en effet, à la partie moyenne de cette saillie osseuse. Je crois inutile d'insister

sur le reste de l'opération : l'incision du sinus après ponction exploratrice, l'évacuation des caillots, la désinfection et le tamponnement, enfin la ligature de la jugulaire interne. Sur 13 cas ainsi opérés, j'ai noté 6 guérisons. Le plus souvent la mort est due soit à la pyémie, soit à la leptoméningite suppurée.

Dans ces derniers temps, des opérations ont été entreprises dans le but de remédier aux inconvénients d'une pression intracrânienne exagérée, quelle qu'en soit, du reste, la cause. Mentionnons sous ce rapport les tentatives de Quincke consistant à faire une ponction au niveau de la partie lombaire de la moelle épinière dans les cas de méningite basilaire. Les résultats obtenus jusqu'ici n'ont consisté que dans des améliorations de courte durée : dans aucun cas la ponction n'a pu prévenir une terminaison fatale ; par contre, la ponction s'est montrée utile comme moyen de diagnostic. L'examen bactériologique du liquide retiré par la ponction peut, en effet, permettre de poser le diagnostic de méningite tuberculeuse en y révélant la présence du bacille de Koch. Peut-être aussi la ponction pourrait-elle être utile sous ce rapport dans les cas où l'on peut arriver, par l'étude des symptômes, à étabir le diagnostic entre un abcès du cerveau et une méningite suppurée plus ou moins localisée.

II. — **Extirpation d'un kyste du cerveau** (1).

M. Graser (d'Erlangen). — Le malade dont je désire vous rapporter brièvement l'observation est un homme de quarante-cinq ans, qui quatre semaines avant son entrée à l'hôpital, avait remarqué une perte subite de la sensibilité dans les deux derniers doigts de la main gauche. Huit jours plus tard, cette insensibilité gagna le médius, puis toute la main. Au bout de quelques semaines, il commença à éprouver des pesanteurs dans la jambe gauche, puis il fut pris d'une crise épileptiforme avec perte de connaissance. A son arrivée à la clinique, on constata que le bras gauche était complètement paralysé. Grâce à ce symptôme et à un gonflement œdémateux de la papille du côté droit, il fut aisé de faire le diagnostic de tumeur de la région des centres moteurs corticaux de ce même côté. Une résection ostéoplastique du crâne ayant été pratiquée dans cette région, on arriva, en effet, sur un kyste qui renfermait un liquide jaunâtre clair et qui fut simplement évacué

(1) Congrès chirurgical allemand, Berlin, avril 1895.

par la ponction, puis tamponné, l'énucléation étant impossible. La paroi interne du kyste était tout à fait lisse, régulière. L'opération fut suivie de la disparition rapide des phénomènes de paralysie, mais au bout de huit jours ces derniers se montrèrent de nouveau, accompagnés de crises épileptiformes. Vu l'absence de symptômes infectieux, on supposa alors que le kyste s'était reproduit. Le lambeau ostéo-périosté ayant été relevé, on découvrit le kyste qui fut trouvé vide et beaucoup plus petit que lors de la première opération; la plaie fut tamponnée. Quelques jours plus tard il se produisit une hernie de la substance cérébrale, et l'opéré succomba au bout d'un mois.

A l'autopsie on trouva dans le lobe frontal droit un second kyste dont la présence ne s'était manifestée par aucun symptôme appréciable : ce kyste offrait les mêmes caractères que le premier. A sa base la paroi kystique, plus épaisse et riche en vaisseaux, avait la structure du sarcome dit *périthélial*. Au point de vue de la pathogénie des kystes du cerveau, ce fait méritait d'être signalé. On peut, d'autre part, s'expliquer ainsi le développement rapide de ces tumeurs kystiques et l'aggravation non moins rapide des symptômes.

III. — **Extirpation d'une volumineuse tumeur du cerveau** (1).

M. von Bramann (de Halle). — L'opéré que je vous présente est un homme d'une cinquantaine d'années, auquel j'ai enlevé il y a trois ans une grosse tumeur sarcomateuse du cerveau ayant déterminé une paralysie du bras gauche. Le néoplasme, du volume du poing, occupait la région motrice de l'hémisphère droit et avait envahi la dure-mère ainsi que la paroi interne du crâne. La perte de substance osseuse résultant de l'opération avait un diamètre de 12 centimètres. Je m'abstins de la combler par une opération ultérieure, car je m'attendais à une prompte récidive; heureusement, mes prévisions fâcheuses ne sont se pas réalisées. L'opéré jouit actuellement d'une santé excellente ; sa paralysie a complètement disparu et il est en état de travailler. Au côté droit du crâne on constate une dépression notable des téguments au niveau de la vaste brèche osseuse, sur laquelle a été appliqué un coussinet protecteur.

(1) Congrès chirurgical de Berlin, avril 1895.

IV. — Hématome intracrânien avec paralysie collatérale (1).

M. Ledderhose (de Strasbourg). — Les faits d'hémorrhagie intracrânienne avec paralysie collatérale, c'est-à-dire située du même côté que l'épanchement, sont d'une rareté telle que je crois devoir vous rapporter un cas de ce genre que j'ai eu l'occasion d'observer. Il s'agit d'un homme âgé de trente-huit ans qui, dans une rixe, était tombé et avait reçu un coup de pied à la tête. Après une perte momentanée de connaissance il put rentrer chez lui, mais les jours suivants apparurent peu à peu des symptômes de compression cérébrale. Au bout de neuf jours il dut s'aliter. Je fus appelé à le voir trois jours plus tard et je constatai un état comateux avec paralysie de tout le côté droit du corps. Je fis alors le diagnostic d'hémorrhagie intracrânienne par déchirure de la méningée moyenne gauche, bien qu'il n'existât aucun signe de fracture. A ma grande surprise, je ne trouvai aucun foyer hémorrhagique. L'opéré succomba le lendemain.

L'autopsie démontra l'absence de toute fracture du crâne, de toute déchirure des artères méningées moyennes ; par contre, du côté droit correspondant à la paralysie, on trouva en dedans de la dure-mère un vaste hématome recouvrant la partie moyenne et postérieure de l'hémisphère correspondant.

Dans mes recherches, je n'ai pu trouver que 13 cas publiés de paralysie collatérale à la suite soit de traumatismes crâniens, soit de lésions pathologiques diverses. Brown-Séquard, le premier, avait attiré l'attention sur ces faits. D'autre part, les recherches de divers auteurs, entre autres Pierret, ont démontré qu'il existe assez souvent des anomalies, des différences individuelles considérables dans le mode d'entre-croisement des fibres des hémisphères cérébraux. Cet entre-croisement peut même faire entièrement défaut, ce qui explique la possibilité d'une paralysie collatérale. Les faits de ce genre peuvent être une cause de grand embarras pour l'opérateur. Le diagnostic du siège de la lésion du même côté que la paralysie est le plus souvent impossible ; parfois, seulement, un gonflement œdémateux de la papille du côté paralysé pourra faire soupçonner l'anomalie. Quoi qu'il en soit, lorsque, dans les cas de ce genre, la trépanation ne conduit pas sur le siège présumé de l'épanchement, on est parfaitement autorisé à

(1) Congrès de chirurgie allemande. — Berlin, avril 1895.

pratiquer une nouvelle brèche osseuse du côté correspondant à la paralysie.

V. — Sur un cas d'hémorrhagie cérébrale traitée par la ligature de la carotide primitive.

M. J. X. Dercum (Philadelphie). — Le malade, âgé de cinquante ans, dont je vais relater l'observation, fut pris brusquement de faiblesse dans les membres du côté gauche. Cette hémiparésie augmenta d'intensité au point de revêtir au bout de trois jours tous les caractères d'une hémiplégie complète. Il n'existait ni troubles de la sensibilité et des fonctions psychiques, ni céphalalgie. Les artères périphériques étaient légèrement athéromateuses. Il y avait des traces d'albumine dans les urines. La progression des symptômes paraissant indiquer l'existence d'une hémorrhagie cérébrale, je fus d'avis de recourir à la ligature de la carotide primitive, opération proposée par M. Horsley pour les cas de ce genre. En conséquence, M. Keen pratiqua la ligature de l'artère correspondant à la lésion cérébrale, c'est-à-dire de la carotide primitive droite. Dès le lendemain on constatait une amélioration notable qui s'accentua les jours suivants. Deux mois et demi après l'opération le malade put venir me trouver dans mon cabinet. Il marchait en traînant la jambe gauche ; il existait un peu d'asymétrie des commissures buccales et une légère inégalité des pupilles.

Chez un autre malade, atteint d'hémorrhagie cérébrale, la ligature de la carotide primitive fut également pratiquée, mais malheureusement trop tard pour sauver le patient, qui succomba.

M. P. Knapp (Boston) estime que l'opération dont il s'agit ne peut être utile que si l'on a recours tout à fait au début de l'hémorrhagie cérébrale.

M. Dercum. — L'opération est indiquée lorsque les symptômes de l'hémorrhagie cérébrale vont en s'aggravant. Dans ces cas il est bon de pratiquer la compression de la carotide en attendant l'arrivée du chirurgien.

(*Mercredi médical*, 11 juillet 1894.)

DU VERTIGE [1]

M. Mendel. — Il serait utile de s'entendre sur les différentes théories et idées qui ont cours dans la science au sujet des vertiges.

Il faut remarquer, tout d'abord, que c'est presque toujours par des phénomènes oculaires que débutent les vertiges : certains sujets croient voir les objets tourner, et sont enclins à tomber du côté où ils voient ces objets tourner ou, au contraire, du côté opposé ; d'autres malades ont la sensation que les objets se rapprochent ou s'éloignent, s'élèvent ou descendent.

Ces modifications dans l'état du monde extérieur sont immédiatement suivies d'un sentiment d'angoisse ou de défaillance qui ne tarde pas à s'accompagner de troubles de la statique : les malades se sentent s'affaisser et ils chancellent.

A ces principaux phénomènes s'en ajoutent de secondaires : douleurs occipitales, bruissements d'oreilles, surdité transitoire, vomissements, ralentissement du pouls, apparition, de sueurs, etc., etc.

On peut distinguer quatre degrés dans le vertige : le premier, le plus léger, dans lequel on n'observe que des symptômes oculaires et un état d'angoisse disparaissant rapidement ; le second, avec sensation de perte de l'équilibre ; le troisième s'accompagne d'une perte réelle de l'équilibre, le malade tombe ; dans le quatrième, on constate, outre ces accidents, les phénomènes secondaires signalés plus haut.

Le signe clinique capital du vertige, c'est la perte de l'équilibre. L'intégrité de l'équilibre est liée à celle du sens du toucher, des sensations kinestésiques et de la vision. Il n'est pas encore démontré que le sens de l'ouïe serve aussi à l'équilibre.

Tous les troubles de la statique ne sont pas symptomatiques du vertige : l'abolition du sensorium entraîne une perte de l'équilibre qui n'a rien de commun avec le vertige ; la peur des hauteurs n'est pas un vertige proprement dit, mais plutôt un processus psychique, qui n'intéresse qu'en second lieu les organes de l'équilibre ; il en est de même de l'agoraphobie.

Pour qu'il y ait réellement vertige, il faut un trouble de la musculature des yeux. Le vertige est le premier symptôme qu'accusent les malades atteints d'une paralysie des muscles

(1) Société de Médecine de Berlin, 22 mai 1895.

oculaires, qu'il s'agisse d'une paralysie périphérique ou nucléaire. Plusieurs fois même j'ai remarqué que le vertige précédait la paralysie.

J'ai fait faire des recherches sur les causes du vertige oculaire, notamment sur la distribution du sang dans les muscles de l'œil. Voici ce que nous avons constaté : les noyaux qui président aux mouvements des muscles oculaires reçoivent du sang qui provient de l'artère cérébrale postérieure par de fines ramuscules terminales, dépourvues d'anastomoses : il résulte de cette disposition que le moindre trouble de la circulation centrale se traduit immédiatement par un apport moindre de sang aux noyaux des muscles oculaires.

Tout processus pathologique se terminant par le développement d'un foyer dans le cerveau exercera une influence sur la circulation cérébrale et par conséquent sera accompagné de vertige, surtout lorsque ce foyer occupe les fosses cérébrales postérieures.

Enfin le vertige est le phénomène qui indique le mieux et le plus tôt l'existence d'une altération des vaisseaux de l'encéphale. *L'artériosclérose*, il est vrai, ne s'accompagne de vertige que lorsque son évolution est rapide ; lorsque celle-ci est lente, il se fait une espèce d'adaptation.

Le traitement du vertige se déduit de la cause qui le produit. Contre l'artériosclérose cérébrale, je préconise l'iodure de potassium à petites doses, mais donné pendant des mois, puis j'administre le *camphre* et la quinine pour renforcer l'action cardiaque. Pour la même raison, il faut faire prendre aux malades qui en sont atteints des boissons alcooliques, mais en quantité modérée.

En résumé, le vertige est un ensemble de symptômes déterminé par une altération du sens de l'équilibre liée au mauvais fonctionnement des muscles oculaires. Ce fonctionnement défectueux peut être lui-même d'origine périphérique ou centrale.

La séance est levée. — Dr Villaret.



DES IMPULSIONS MORBIDES

I. — **De l'impulsion et spécialement dans ses rapports avec le crime** (V. Bourdin : *Ollier*, *Henry*, *éditeur*, *Paris*, 1894). (1).

Conclusions. — I. L'impulsion est un mode d'activité cérébrale qui détermine irrésistiblement, fatalement, la production d'un mouvement ou d'un acte plus ou moins complexe. — II. Elle est bien distincte de l'obsession ; celle-ci est cause, l'impulsion est effet. L'impulsion n'est jamais tasponnée ? (*sic*) ; à défaut d'obsession, elle est précédée de quelque autre phénomène mental, conscient ou inconscient. En elle-même, l'impulsion est inconsciente ; elle n'intéresse la conscience et par conséquent le souvenir que par l'acte qu'elle produit. La conscience d'une impulsion est dans celle même de l'acte consécutif. — III. L'impulsion, en tant que phénomène psychique, est inséparable de l'acte qu'elle va produire, et ne se conçoit pas sans celui-ci. L'impulsion entraîne l'acte, comme l'obsession avait amené l'impulsion. — IV. Le type de tout acte, physiologique ou pathologique est réflexe ; pour arriver à l'acte volontaire lui-même, il n'y a qu'à modifier l'acte réflexe. — V. L'impulsion n'est pas assimilable à un réflexe, car elle a une origine psychique. Le véritable réflexe cérébral, ce serait l'obsession. — VI. L'impulsion existe à l'état rudimentaire dans la moelle et dans le bulbe, ce sont les tics convulsifs, plus ou moins coordonnés, très fréquents chez les aliénés. — VII. Devenue criminelle, l'impulsion revêtira divers aspects : tantôt bien franche, elle n'a d'autres fois que les apparences d'une impulsion, et l'acte est en réalité dû à une action délirante, une hallucination, etc. L'impulsion vraie est une convulsion de la volonté, une maladie de la volition, non pas de l'idiation. — VIII. L'impulsion la plus parfaite est celle du dégénéré, quand elle est précédée d'obsession. L'acte brusque, irréfléchi, du fou moral, est encore une impulsion mais moins complète. Les dégénérés criminels par impulsion sont relativement fréquents ; ce sont des pyromanes, des kleptomanes, etc. — IX. Chez l'épileptique, l'impulsion est essentiellement inconsciente ; la volonté peut être considérée comme moins malade que chez le dégénéré. L'impulsion criminelle est la règle dans l'épilepsie, et ce fait est dû autant à l'inconscience

(1) *Revue internationale*, 10 août 1894, Dr P. Moreau (de Tours).

de l'acte qu'au caractère particulier du malade. — X. On rencontre encore d'autres impulsions chez l'alcoolique, l'hystérique, l'hypnotisée, — dans les degrés les plus inférieurs de la grande échelle de la dégénérescence mentale, les imbéciles et les idiots, — chez les déments (paralytiques généraux, etc.), mais on est déjà sur un terrain moins sûr, le crime n'a souvent que les dehors de l'impulsion. La distinction sera importante au point de vue médico-légal. — XI. L'impulsion n'existe plus chez les aliénés délirants, le mélancolique, le persécuté, par exemple. Les crimes qu'ils commettent sur eux et sur autrui sont fonction de leur délire, c'est le motif de l'acte qui est entaché d'erreur, la volonté ne fait qu'exécuter librement le désir ou l'idée enfantée dans une imagination malade : L'idiation est atteinte, non la volition ; il n'y a donc pas impulsion, mais acte impulsif ou pseudo-impulsion. — XII. Le diagnostic de l'impulsion vraie et fausse, capitale au point de vue psychologique, n'est pas moins important en médecine légale, surtout lorsque l'acte ne relève pas d'un délire confirmé. Il y a également à faire le diagnostic de la variété morbide à laquelle appartient l'impulsion criminelle ; quand il s'agit d'un dégénéré conscient et raisonnant, la question peut présenter de sérieuses difficultés. — XIII. Au point de vue médico-légal, la responsabilité de l'impulsif vrai est évidemment nulle ; il n'en est pas absolument ainsi au point de vue psychologique, car la volonté peut être malade sans être complètement absente, et le peu qu'il en persiste entraîne un certain rudiment de responsabilité trop faible, il est vrai, pour établir la culpabilité. Le vrai type de l'irresponsabilité est celui qui est fondé sur une maladie de l'idiation chez les délirants par conséquent. C'est dans les formes intermédiaires que l'irresponsabilité est plus discutable, comme dans l'hystérie, certaines formes d'alcoolisme, l'imbécilité, etc., et on a eu raison de n'admettre pour ces maladies qu'une atténuation de responsabilité. Quant à la responsabilité du faux impulsif non délirant, dont l'acte criminel n'est dû qu'à la perversion des instincts, au vice de l'éducation, nous croyons qu'elle reste entière et qu'il ne peut être question que de circonstances atténuantes. Le but final de ce travail est de définir, délimiter d'une façon précise ce qu'il convient d'entendre par impulsion. On a trop souvent fait la confusion entre ces deux motifs d'action, l'impulsion suite ou non d'obsessions et ce que l'auteur appelle l'acte impulsif, effet d'un mouvement passionnel d'où le raisonnement n'est nullement exclu. Il y a

là une distinction qui peut paraître subtile de prime abord, mais elle est d'un haut intérêt pratique, puisqu'elle permet d'établir sur de plus justes bases le degré exact de responsabilité d'un criminel.

II. — **Impulsions homicides consécutives à la lecture d'un roman passionnel chez un dégénéré**. (DAGUILLON : *Annales médico-psychologiques*, mai-juin 1894.)

Observation intéressante en ce qu'elle montre de quelle façon peut s'expliquer l'influence délétère faussement attribuée à certains romans. On considère souvent les romans comme favorisant l'éclosion de la folie ; le cas présent montre que ce fait peut être exact chez un individu prédisposé déjà héréditairement et personnellement à ressentir plus facilement l'influence des idées de l'auteur, mais la rareté même des observations de dérangement intellectuel consécutif à la lecture de romans indique que l'impression est tout autre chez un individu cérébralement sain.

III. — **Des conditions de la contagion mentale morbide** (1). (MARANDON DE MONTYEL : *Annales médico-psychologiques*, mars-avril, mai-juin 1894.)

Dans ce très important travail, l'auteur traite avec tous les développements qu'elle comporte cette grosse et palpitante question des conditions de la contagion mentale morbide, apporte des statistiques tirées de 25 faits minutieusement contrôlés où la contagion morbide a été incontestable chez 72 sujets, examine les particularités jusqu'ici à tort négligées, et enfin place chacun des éléments qui concourent à la genèse du mal à la place qui lui revient.

MOREAU DE TOURS (de Paris).

(1) *Revue internationale*, 25 juin 1894.



GENÈSE PHYSIOLOGIQUE DE LA FOLIE HALLUCINATOIRE

Par J. Luys.

J'ai démontré, il y a déjà bien des années dans mon traité de pathologie mentale (1) que les processus de la folie, (sauf la suractivité morbide de la cellule cérébrale, qui en constitue l'élément fondamental) dérivaient des mêmes lois générales que les processus normaux de l'activité normale du cerveau.

Ainsi j'ai insisté sur les points suivants :

1° La vie du cerveau s'alimente exclusivement par l'arrivée des impressions sensorielles venues du monde extérieur.

Ces incitations sensorielles sont conduites à l'aide des fibres sensorielles dans les noyaux thalamiques avant d'être irradiées vers les différents départements de l'écorce. C'est là où elles sont primordialement transformées.

2° Après avoir mis en branle les cellules des noyaux thalamiques elles sont irradiées, à l'aide des fibres blanches cérébrales (système cortico-thalamique), dans les différents départements sensoriels de l'écorce, les unes dans une aire auditive, les autres dans une aire visuelle, d'autres dans une aire sensitive, etc.

3° A la suite de cette irradiation sensorielle physiologiquement accomplie, les cellules corticales s'en imprègnent, elles entrent à leur tour en état d'éréthisme, et deviennent les matériaux indispensables qui alimentent la mise en activité du cerveau. Toute son activité normale tire donc son origine des aliments du dehors.

4° A l'état pathologique ces rapports sont changés :

Ce sont alors les noyaux thalamiques dont les éléments sensibles entrent d'eux-mêmes, *sans excitation extérieure* en éréthisme morbide, et transmettent à l'écorce des éléments d'excitation engendrés sur place ; — ce sont à vrai dire des auto intoxications (hallucinations).

5° Ces incitations fictives mettent en mouvement les cellules de l'écorce qui travaillent ainsi sur de faux documents. Elles s'excitent, elles propagent autour d'elles leur excitation morbide en produisant ainsi des processus nouveaux qui sont contre nature et, tout à fait en désaccord avec la réalité ambiante. C'est le délire hallucinatoire qui apparaît, c'est la folie qui s'engendre par ce mécanisme. Les fausses conceptions

(1) Luys. Traité de pathologie mentale, Paris, 1881. Chez Delahaye pages 388 et suivantes.

qui se développent constituent en effet, le caractère essentiel de l'aliénation mentale; toujours consécutive à un trouble sensoriel hallucinatoire.

6° L'incitation délirante primitivement hallucinatoire, n'est pas dans les premiers temps complète. — Il y a dans les débuts un état de conscience du sujet qui persiste. Il se rend compte des désordres psychiques dont il se sent envahi, il assiste à une véritable fantasmagorie projetée des centres sensoriels dans le monde extérieur comme l'indique le Dr Bianchi.

Peu à peu cette coïncidence de l'état hallucinatoire, avec la lucidité mentale faiblit, l'individu se sent envahi peu à peu, et si bien qu'anéantie dans cette lutte inégale, la personnalité psychique s'affaiblit peu à peu et l'individu tombe dans un état de démence progressive. — C'est la loi inéluctable de la lutte fatale, et la dernière étape du processus hallucinatoire. Il a commencé sous forme d'une excitation auditive et visuelle passagère, et au bout de plusieurs années il aboutit ainsi à l'extinction de toute vie mentale régulière.

7° Cette marche envahissante du processus hallucinatoire a encore ses raisons d'être dans les lois naturelles de la vie du cerveau.

Le processus hallucinatoire en effet, n'est pas complet au début; dans la presque généralité des cas, quand on sait le dépister avec attention, on reconnaît qu'il est d'abord unilatéral. — Donc au début de la folie, il n'y a qu'un seul lobe envahi. (Voir plus loin les faits rapportés par le Dr Régis.)

Ce n'est que plus tard, à mesure que le travail morbide du lobe envahi, se propage aux régions congénères de l'autre lobe demeuré indemne, à l'aide des fibres commissurantes, (qui jouent le rôle d'agents de propagation de la dégénérescence) ; que l'on voit peu à peu la lucidité baisser, la conscience s'affaiblir et finalement le sujet tomber dans un état plus ou moins complet d'obtusion mentale. — Cet état traduit ainsi l'envahissement progressif des éléments cérébraux à droite et à gauche, lesquels se trouvent ainsi peu à peu associés anatomiquement à une désintégration fatale.

Ces détails pathogéniques, ne sont pas de dures conceptions théoriques; ils s'appuient sur des faits anatomiques réels, sur des dessins faits d'après nature, et sur des cerveaux momifiés dont j'ai réuni plusieurs échantillons dans la collection que j'ai offerte cette année au musée Dupuytren. On y verra des cerveaux d'hallucinés lucides avec un lobe seulement envahi, et

la région paracentrale très notablement en saillie d'un seul côté — l'autre lobe demeurant indemne (hallucinations unilatérales).— On y verra des cerveaux d'anciens hallucinés, que j'ai suivis depuis les phases premières du début de leur maladie (environ pendant 18 ans) et dont les deux régions paracentrales sont tuméfiées et en une sorte d'éréthisme permanent, alors que les régions ambiantes de l'écorce sont dans un état d'atrophie concomittante (1).

Ce sont là des idées personnelles que j'ai exposées il y a déjà plusieurs années, et qui n'ont pas rayonné dans l'esprit de la génération des jeunes médecins français de cette époque — mais en revanche, n'est-il pas curieux de voir (tant la puissance de certaines idées justes est irrésistible), qu'un savant étranger M. le Dr Bianchi, au congrès de Rome 1895 a exposé motu proprio, les phénomènes de physiologie cérébrale que j'ai exposés le premier, et donné ainsi une confirmation très légitime, aux différents points qui font l'objet de mes recherches. — Il insiste d'une façon toute spéciale motu proprio sur mes conceptions personnelles (sans les signaler) et d'une façon naturelle inconsciente : et c'est cela qui constitue la valeur toute spéciale du document ci-joint que j'ajoute à cette note :

Phrénopathies sensorielles (2).

M. Bianchi. — On peut distinguer divers groupes de phrénopathies sensorielles :

Le premier est constitué par les cas dans lesquels une seule hallucination, quelquefois hypnagogique, amène un trouble profond de toutes les fonctions corticales, qui peut aller du simple étourdissement à la stupeur la plus intense. Les hallucinations se reproduisent ou non.

Un deuxième groupe est représenté par les cas où les hallucinations ont donné lieu dans un moment assez court à l'organisation de délires ayant toute la spontanéité des délires paranoïaques, dont ils se distinguent cependant par leur origine nettement hallucinatoire, par leur fond non dégénératif, et par leur curabilité relative.

On peut ranger dans un troisième groupe les cas dans lesquels les hallucinations se répètent continuellement, sans que

(1) Voir mon catalogue 1895.

(2) Communication faite au Congrès de Rome 1895.

le contenu de la conscience en soit troublé. Le malade assiste à une fantasmagorie projetée des centres sensoriels dans le monde extérieur. Dans ce cas, ou bien il s'organise tardivement un délire systématisé, ou bien des épisodes de délire sensoriel aigu apparaissent qui, en se répétant, finissent par diminuer la personnalité psychique (démence consécutive).

La folie sensorielle est très fréquente. A côté de la forme aiguë avec confusion, il y a la forme chronique ordinairement sans confusion.

Ce troisième groupe se distingue aussi de la paranoïa d'origine intellectuelle comme de la manie, de la mélancolie, et de nombre de formes de démence décrites par Meynert, ou de démence aiguë décrites par Schüle, qui sont aussi d'origine sensorielle.

M. le D[r] Régès a présenté sous forme d'hallucination unilatérale, dans le *Journal de médecine de Bordeaux* (1), des réflexions intéressantes qui sont en pleine concordance avec une idée et que je suis heureux de citer au sujet de ce que je viens d'écrire.

L'hallucination unilatérale, dit-il, résulte d'une lésion unilatérale de l'organe des sens qu'elle affecte, et cela dans une partie quelconque du parcours de la périphérie la plus extrême au centre le plus reculé. Quand elle est vraiment centrale, elle s'accompagne d'hémiparésie, d'hémianesthésie sensitivo-sensorielle et d'hémiépilepsie : mais dans presque tous les cas de ce genre connus, il y avait complication de lésions de l'organe des sens. Quand elle est périphérique, elle agit encore par excitation périphérique des centres sensoriels de l'écorce. R. rapporte l'histoire d'un jeune professeur, dégénéré supérieur qui, depuis 1892, à la suite de la grippe, éprouve de l'insomnie, de la confusion mentale et des sifflements de l'oreille *gauche* qui surviennent dès qu'il pense et suivent sa pensée dans toutes ses fluctuations : il en conclut que sa pensée s'*échappe* ainsi par ses oreilles et que tout le monde la comprend. C'est donc une hallucination unilatérale mixte ou sensorio-motrice (sensorielle par la localisation dans l'oreille, motrice par son caractère de pensée répétée). Il a échafaudé là-dessus un délire hypochondriaque avec idées de persécution, se persuadant que, dès qu'il pense on le comprend, et, étayant cette idée sur les analogies les plus lointaines entre sa pensée et les actes de son entourage : par exemple, il pense au chant,

(1) *Journal de médecine de Bordeaux*, 25 juin 1891.

on le touche à la nuque et il est persuadé qu'on a deviné sa pensée parce que chant et nuque contiennent chacun un *n*. R. fait remarquer que dans l'hallucination psycho-sensorielle, la perception est centripète (entre par l'oreille), tandis que la mixte est centrifuge (c'est-à-dire que la pensée sort par l'*oreille*).

(*Revue Internationale*, 1894.)

THÉRAPEUTIQUE

Contribution à la thérapeutique de l'épilepsie (DE BETCHEREW : *Sem. méd.*, décembre 1894).

La médication bromurée constitue encore le meilleur moyen qu'on ait à opposer à l'épilepsie, mais son action est loin d'être sûre. En effet, les bromures ne suppriment les accès épileptiques que dans un très petit nombre de cas et n'amènent d'habitude qu'une diminution de l'intensité et de la fréquence de ces accès. En second lieu, il est des cas où ils n'exercent sur le mal comitial aucune influence favorable, et enfin d'autres dans lesquels ils paraissent même produire un effet nuisible. Pour remédier à ces inconvénients des préparations bromurées, on a essayé de les associer à diverses substances médicamenteuses, telles que la belladone et son alcaloïde, l'ésérine, la picrotoxine, l'opium, la digitale, etc., etc. Les médecins qui ont préconisé ces associations médicamenteuses en ont souvent vanté les effets thérapeutiques, qui ont été contestés par d'autres. Quoi qu'il en soit, la recherche d'une médication anti-épileptique plus active que celles dont nous disposons actuellement s'impose toujours. M. de Betcherew, professeur de neurologie et de clinique psychiatrique à l'Académie militaire de médecine de Saint-Pétersbourg, croit l'avoir trouvée dans une combinaison du bromure de potassium, de l'adonis vernalis et de la codéine. Voici la formule dont il se sert.

Feuilles d'adonis vernalis.. 2 gr. à 3 gr. 75 centigr.

Faites infuser dans :

Eau bouillante............ 180 grammes.

Ajoutez :

Bromure de potassium...... 7 gr. 50 à 11 gr. 25 centigr.
Codéine.................. 0 — 12 à 0 — 18 —

F. S. A. — A prendre : quatre à huit cuillerées à bouche par jour, dans de l'eau ou du lait sucré.

M. de B. n'a pas encore rencontré un seul cas d'épilepsie qui se soit montré réfractaire à cette médication et dans lequel on n'ait constaté, grâce à elle, une diminution considérable de l'intensité et du nombre des accès. Souvent même il a obtenu par ce moyen la suppression rapide et complète de toute manifestation convulsive. L'effet si favorable de l'adonis vernalis ajouté aux bromures s'expliquerait, d'après M. de B., par l'action constrictive que ce médicament exerce sur les vaisseaux cérébraux. On pourrait aussi remplacer l'adonis vernalis par la digitale, ce que M. de B. a fait plusieurs fois avec succès, mais cette combinaison est moins bonne et moins pratique, attendu que la digitale ne peut être administrée d'une façon continue.

(*Revue Internationale*, 10 mai 1895). M. Behre.

Contribution à l'étude de l'intoxication chronique par la nicotine et l'alcool (Vas : *Arch. f. exp. Path. et Pharm.* 1894, *v. XXXIII*, p. 141).

L'auteur a d'abord recherché si la fumée de tabac renferme de la nicotine ; à cet effet, une pipe en fer-blanc d'environ 500 cm. fut bourrée de tabac d'Alsace, allumée et reliée à un aspirateur ; entre l'aspirateur et la pipe furent intercalés quatre flacons de Wulff renfermant de l'eau acidulée, dans laquelle barbotait la fumée. L'analyse élémentaire du précipité cristallin, obtenu par le chlorure de platine ou l'acide tartrique, donna des chiffres qui démontrent que la substance comburée est un sel de nicotine ; parmi les alcaloïdes renfermés dans la fumée de tabac, la nicotine seule jouerait un rôle comme toxique. Partant de cette donnée, l'auteur provoqua chez des lapins une intoxication chronique en administrant des doses croissantes du tartrate acide de nicotine et détermina chaque semaine les modifications présentées par ces animaux. Il résulte de ces expériences que le poids du corps, le nombre des globules rouges, la richesse en hémoglobine et l'alcalescence du sang diminuent notablement de semaine en semaine. Par contre, le contenu du sang en substances solides oscille entre des limites étroites ; le nombre des globules blancs (relativement à celui des globules rouges) augmente considérablement, tandis que le nombre absolu de ces globules reste approximativement le même. Les mêmes

analyses du sang furent instituées chez des lapins qui recevaient journellement par la sonde stomacale des doses croissantes d'alcool éthylique : La quantité de substances solides du sang restaient également la même ; le contenu en hémoglobine diminua considérablement, tandis que le nombre de globules rouges s'abaissa à peine. Le nombre de globules blancs présentait à peine quelque modification. Le poids du corps ne diminue un peu qu'après des semaines. Enfin l'auteur instituait l'examen microscopique des cellules des cornes antérieures et des ganglions spinaux et sympathiques chez les animaux intoxiqués par la nicotine ou l'alcool ; il se servit à cet effet de la méthode de Hissl. Chez l'un comme chez l'autre animal, il vit survenir la dégénérescence de la structure chromatique qu'on a décrite après l'intoxication par le phosphore et le plomb. Cette altération des éléments nerveux doit donc être considérée comme l'effet d'un trouble général des processus nutritifs de l'organisme tout entier.

Heymans.

(*Revue internationale*, 25 août 1891.)

Note sur un cas d'automatisme comitial ambulatoire.

(P. Blocq : *Revue générale de clin. et de thérap.* Paris, 22 juillet 1891, p. 469.) (1).

Un lycéen de 15 ans, petit fils d'aliénée et d'alcoolique, a des absences depuis deux ans, et des vertiges comitiaux avec chute ; un jour après une discussion il quitte sa maison à 5 heures du soir, pour aller se promener et il ne sait plus ce qui s'est passé jusqu'au moment où il s'est retrouvé en train de nager tout habillé dans la Marne : l'accès a duré trois heures. Depuis, son caractère devient sombre et il a un goût irrésistible pour toutes les armes. Il y a un peu d'asymétrie crânienne. — Il s'agit donc ici d'un court accès d'automatisme, pendant lequel il a continué à son insu sa promenade commencée et a fini par se jeter à l'eau comme l'avait déjà fait le célèbre malade de Charcot, B... C'est donc un bon exemple du vertige ambulatoire comitial, qui est assez rare, tandis que celui de l'hystérie est peut-être un peu plus fréquent.

(1) *Revue Internationale de Bibliographie*, 27 septembre 1891.

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères, place Saint-André, 3.
Maison spéciale pour Journaux et Revues.



ANNALES

DE PSYCHIATRIE

ET

D'HYPNOLOGIE

NOTE POUR SERVIR

A L'ÉTUDE HISTORIQUE DE L'ATAXIE LOCOMOTRICE

par J. Luys.

A l'époque où Duchenne (de Boulogne) publiait sa magistrale description de l'ataxie locomotrice, les médecins officiels de l'époque vivant simplement au jour le jour, et bornant le domaine de la clinique à leur horizon individuel, furent notablement impressionnés.

Quoi ? dirent-ils, voilà une névrose nouvelle que nous ne connaissons pas et que nous n'avons pas su dépister ; — quoi ! voilà une maladie qui présente des troubles paralytiques en apparence, et les malades n'ont guère perdu de leur force, ils peuvent marcher encore en supportant sur le dos le poids d'un homme adulte ! — Ceci était paradoxal.

Il y avait bien quelque chose qui manquait aux faits cliniques signalés par Duchenne (de Boulogne) : — c'était la localisation anatomique de la maladie. Etait-ce une modalité symptomatique d'une lésion de la moelle épinière ? ou bien, — comme on le disait alors, était-ce une maladie sans lésion connue, une névrose nouvelle, comme l'hystérie, la paralysie agitante que l'on connaissait à peine ?

Vers les années 1860, 1865, l'état des esprits était généralement indécis et l'on attendait impatiemment le résultat des autopsies que les travaux de Duchenne n'avaient pas fournis encore pour éclairer la question.

C'est vers cette époque 1861 que M. Hippolite Bourdon, médecin de la maison municipale de santé, me fit parvenir les pièces anatomiques relatives à un malade atteint d'ataxie locomotrice bien avérée et qui venait de succomber dans son service (1).

Je me mis sur le champ à l'œuvre. — J'examinai alors les *premières* pièces anatomiques qui venaient de paraître dans notre milieu médical sur cet important sujet, avec le plus grand soin, et j'ai pu fournir des dessins originaux dans lesquels j'ai constaté le premier, non seulement la dégénérescence des racines des cordons postérieurs, mais encore l'altération concomitante des ganglions spinaux qui se trouvent ainsi rattachés, comme on semble vouloir reconnaître maintenant, aux processus généraux de la dégénérescence tabétique.

C'était la première autopsie qui démontrait que les troubles de l'ataxie locomotrice étaient bien légitimement rattachés à une lésion matérielle du système nerveux, et non plus une névrose nouvelle que Trousseau et son école dont la voix alors était prépondérante en clinique, voulait faire admettre comme telle. — Aussi, se contenta-t-il de dire, alors qu'on lui parlait du résultat nécroscopique que je venais de fournir : ceci n'est pas une preuve complète (comme si un fait même seul bien observé n'était pas une preuve suffisante) mais, une observation d'attente.

Dans le mois suivant, alors que l'attention était déjà fixée sur ce point, j'eus l'occasion, dans quelques autres services d'hôpitaux, de diriger un certain nombre d'autopsies des malades ayant succombé à l'ataxie locomotrice, et de démon-

(1) Travail fait en commun avec M. H. Bourdon. *Archives générales de médecine*, novembre 1861, avec planche dessinée par l'auteur.

trer à mes contemporains hésitantes, dans quelles régions de la moelle épinière il fallait chercher la lésion.

Les choses marchèrent vite à partir de ce premier mouvement de recherches communiquées.

Du moment que l'on sut que les troubles de la nouvelle maladie étaient liés à des lésions des faisceaux postérieurs, j'ai interrogé les auteurs qui avaient déjà fait des travaux sur les maladies de la moelle épinière. J'ai reconnu que, parmi les rares documents qui existaient alors, Cruveilhier, dans son Atlas de l'Anatomie pathologique, avait bel et bien signalé cette maladie, et bien plus — avait bien décrit les symptômes qui caractérisaient cette maladie, la projection des extrémités inférieures en avant, et la conservation de la force musculaire. On trouvait encore, sans parler de quelques travaux étrangers (Romberg) une autre autopsie signalée par Monod qui, ayant eu l'occasion d'examiner une moelle d'ataxique avec dégénérescence des faisceaux postérieurs, s'était contenté de le signaler, comme un exemple d'hypertrophie de la substance grise de la moelle épinière!

Moi-même, bien avant ces détails, étant interne à la Salpêtrière en 1855, j'avais eu déjà l'occasion de constater des lésions de la moelle épinière chez des sujets ayant succombé à l'ataxie ; les faits n'ont pas été publiés.

A partir de ce moment, on put rattacher les symptômes cliniques de la nouvelle espèce nosologique décrits par Duchenne (de Boulogne), sous le nom d'ataxie locomotrice, à une lésion fixe définie des faisceaux postérieurs et des racines de la moelle épinière, et dès ce moment, je puis dire, que la première autopsie que j'ai présentée au public médical de mon époque ne dut plus être traitée d'observation d'attente.

C'est à partir de cette époque que Charcot et Vulpian vinrent s'installer dans les services de la Salpêtrière et en jetant les bases des nombreux travaux sur la question de l'ataxie locomotrice n'eurent plus qu'à récolter une ample moisson de faits concordants. La graine avait été semée.

Dès lors eux et leurs élèves donnèrent à ces études une impulsion qui s'est manifestée par de très nombreux travaux que tout le monde connaît. — *Suum cuique*.

Je tenais seulement à reprendre dans cette question de l'ataxie locomotrice quelques droits de paternité qui, à une époque, ne m'ont pas été suffisamment attribués. Il me semble néanmoins juste de témoigner ma reconnaissance à quelques-uns des élèves distingués de l'école de la Salpêtrière, M. le Docteur P. Marie, mon ancien collègue dans les hôpitaux, à l'impartialité duquel je suis heureux de rendre hommage et qui dans ces derniers temps avait appelé l'attention sur mes premiers travaux (1).

(1) Voir les travaux de M. P. Marie. *Semaine médicale*, janvier 1894.



UNE NOUVELLE MÉTHODE D'EXPÉRIMENTATION

POUR VÉRIFIER L'ACTION NERVEUSE A DISTANCE

Par le professeur E. BOIRAC.

Je poursuis, depuis près d'un an, à mes heures de loisir, une série de nouvelles recherches dont j'espère faire bientôt connaître au public les principaux résultats. Je me bornerai ici à exposer en quelques mots les règles de la nouvelle méthode d'expérimentation que j'emploie dans ces recherches, et à résumer ensuite, dans un petit nombre de propositions, les faits les plus intéressants que l'emploi de cette méthode m'a permis de découvrir. Je m'abstiendrai d'ailleurs de toute discussion, de tout essai d'explication, me réservant de traiter cette partie de mon sujet dans une autre circonstance.

Voici tout d'abord les règles essentielles de ma méthode :

1° *Expérimenter toujours et exclusivement avec des personnes à l'état de veille.* — Sans doute, la plupart des sujets avec lesquels j'expérimente ont été déjà hypnotisés plus ou moins fréquemment, soit par d'autres opérateurs, soit par moi-même ; et je bénéficie évidemment, pour mes expériences, de l'impressionnabilité plus grande que ces hypnotisations antérieures ont développé dans leur système nerveux. Mais ce n'est pas là une condition indispensable, et j'ai pu expérimenter tout aussi bien avec des personnes qui n'avaient jamais été hypnotisées de leur vie. En tout cas, au cours de ces expériences spéciales, non seulement je n'essaie pas, mais encore j'évite soigneusement de rien faire qui puisse endormir les sujets ou modifier leur état normal.

2° *Mettre les sujets, dès le début et pendant toute la durée des expériences, dans l'impossibilité absolue de voir ce qui se passe autour d'eux en leur bandant hermétiquement les yeux.* — J'ai fait fabriquer à cet effet un bandeau de drap noir, assez épais pour intercepter complètement la lumière, qui ne couvre pas seulement le front et les yeux, mais qui emboîte encore le nez, avec un système de ligaments qui permet de faire adhérer le bord inférieur du bandeau à la commissure des lèvres. Il en résulte, il est vrai, cet inconvénient que le sujet est forcé de ne respirer que par la bouche ; mais il s'y habitue assez rapidement ; et, d'ailleurs, son aveuglement absolu est la condition *sine qua non* de la validité de ces expériences.

3° *Observer, avant et pendant toute la séance, le silence le plus rigoureux en imposant cette même loi aux aides et aux assistants.* — Ceux-ci doivent comprendre par eux-mêmes le sens des faits dont ils sont témoins, mais, sous aucun prétexte, ils ne peuvent demander et on ne leur donne d'explications. S'il y a lieu, pour l'opérateur, de communiquer avec ses aides, il le fait toujours et uniquement par écrit. Seul le sujet est autorisé à parler pour dire, sans qu'on l'interroge, ce qu'il ressent, chaque fois qu'il croira ressentir quelque chose. Tous les objets, tous les appareils, que l'opérateur peut employer au cours de ses expériences, ne sont introduits dans la pièce où elles se passent qu'après que le sujet a eu les yeux bandés et sans qu'il en soit jamais fait mention.

4° *S'abstenir scrupuleusement de tout contact avec le sujet.* — Il ne faut pas que le sens du toucher puisse suppléer chez le sujet les sens de la vue et de l'ouïe et lui permettre de soupçonner ce qui se passe autour de lui.

5° *Enfin, tâcher de combiner les expériences de telle façon que l'opérateur lui-même, au moins la première fois où il les fait, ne puisse pas prévoir quel en sera le résultat et n'en soit informé que par l'issue.* — Comme on le voit, toutes ces précautions ont pour but d'*isoler* complètement le sujet à la fois au point de vue physique et au point de vue mental. Il faut qu'il ignore la nature des expériences qu'on veut tenter sur lui aussi absolument que mes lecteurs peuvent l'ignorer eux-mêmes en ce moment, de façon qu'il réagisse, autant que possible, comme le ferait un instrument de physique.

Telles étant les cinq règles de cette nouvelle méthode d'expérimentation, le procédé fondamental qui la constitue peut se définir ainsi : Présenter la main, dans des conditions qui peuvent varier à l'infini, à une distance de 5, 10, 15 centimètres ou davantage, et la maintenir immobile, les doigts allongés, vis-à-vis une partie quelconque du corps du sujet, à gauche ou à droite, devant ou derrière, épaule, avant-bras, coude, poignet, main, genou, pied, épigastre, parties génitales, etc., etc.

Voici maintenant, résumés en quelques propositions, les faits les plus intéressants que cette méthode m'a permis de découvrir et qui ne sont probablement que peu de choses en comparaison de ceux qui restent à découvrir encore.

1° Tout se passe comme si l'organisme humain dégageait normalement, au moins chez certains individus, une influence,

de nature inconnue, susceptible d'agir à distance sur l'organisme de certains autres individus.

2° Tout se passe comme si, la plnpart des individus étant *bons conducteurs* de cette influence, elle traversait plus ou moins rapidement la masse entière de leur corps et allait se perdre dans le milieu extérieur sans produire d'effets sensibles, et comme si, au contraire, certains autres individus, ceux qu'on appelle des sujets, étant *mauvais conducteurs* de cette influence, elle s'accumulait et s'emmagasinait pour un temps plus ou moins long dans les parties de leur corps, où on la dirige, de manière à y produire des effets plus ou moins marqués.

3° La nature de ces effets varie avec les différents sujets ; mais d'une part, chez tous les sujets suffisamment impressionnables, il se produit toujours quelque effet ; et d'autre part, pour chaque sujet, la nature des eftets produits est constante.

4° Le temps nécessaire à la production d'un effet est aussi variable selon les opérateurs, les sujets et les circonstances : dans les expériences que j'ai faites personnellement, la moyenne paraît être de trente secondes.

5° La liste des effets observés par moi jusqu'ici est la suivante : 1° Analgésie, puis anesthésie, d'abord superficielle, ensuite profonde des parties visées. Pour vérifier ce genre d'effets, une méthode complémentaire est indispensable dont je donnerai tout à l'heure la description. 2° Contractions plus ou moins brusques et violentes des masses musculaires dans les parties visées. Cet effet s'observe principalement dans le muscle triceps, lorsque l'action est dirigée sur le genou. Le plus souvent, d'ailleurs, les contractions ne sont accompagnées pour le sujet d'aucune sensation consciente. 3° Tendance à la contracture dans les parties visées. Cet effet se produit surtout lorsque l'action est prolongée. 4° Mouvements attractifs par lesquels la partie visée se rapproche graduellement et irrésistiblement de la main de l'opérateur. Ces mouvements se produisent spontanément chez certains sujets, même quand la main de l'opérateur reste immobile ; ils ne se produisent chez certains autres que lorsque l'opérateur lui-même déplace lentement la main, et il s'établit alors une correspondance quasi mathématique entre les mouvements de l'opérateur et ceux du sujet. 5° Sensations diverses que le sujet déclare éprouver dans les parties visées et dont les plus ordinaires sont : *a*, sensation de chaleur pouvant al-

ler jusqu'à la brûlure ; β, sensation de piqûre ; γ sensation de picotement ; δ sensation de fourmillement ; ε sensation d'engourdissement. Tous les sujets accusent la ressemblance de ces trois derniers genres de sensation avec les sensations électriques. En outre, certaines parties du corps ont, du moins chez certains sujets, leur mode particulier de réaction : en agissant sur l'épigastre, il se produit une gêne croissante de la respiration qui aboutit à un profond soupir caractéristique.

6° Cette influence inconnue que dégage l'organisme humain peut être conduite à distance par un fil de fer ou de cuivre : il suffit pour cela que l'opérateur tienne dans sa main une des extrémités du fil et que l'autre extrémité soit présentée à une partie quelconque du corps du sujet.

7° Chez certains sujets, peut-être aussi chez certains opérateurs, et dans des conditions qui me sont encore inconnues, cette influence est polarisée, en ce sens que la main droite produit constamment un certain effet, la main gauche un effet différent, et les deux mains superposées paume contre paume les deux effets réunis. Cette polarité persiste même quand l'influence est transmise par un conducteur métallique selon que le fil de fer ou de cuivre est tenu par l'opérateur de la main droite, de la main gauche ou des deux mains réunies.

8° Cette influence se dégage naturellement par l'extrémité des doigts, mais elle se dégage aussi à l'état diffus de toutes les parties du corps. Du moins il suffit d'enrouler autour du bras, du poignet au coude, un fil de fer, et d'adapter sur le milieu de cette espèce de solénoïde une pointe de même métal pour constater que la pointe présentée vis-à-vis une partie quelconque du corps du sujet y produit les effets d'anesthésie, d'attraction, de picotement, etc., que produirait la main elle-même. Pareillement en enroulant autour de la main un fil de fer qui se termine en pointes aux cinq doigts, on augmente notablement la rapidité et l'intensité des effets.

9° Le verre paraît être, au contraire, pour cette influence, un mauvais conducteur, un isolant. C'est du moins la conclusion qui me semble ressortir des faits suivants. Tout d'abord, soit une baguette de verre de 50 centimètres de longueur, terminée en pointe à l'une de ses extrémités. Sur une longueur de 25 centimètres j'enroule un fil de fer autour de cette baguette, la pointe du fil venant coïncider avec la pointe du verre : si alors, prenant la baguette par la partie inférieure où le verre est nu, j'en présente la pointe à l'une des parties quelconques du corps du sujet, même après 4 ou 5 minutes

de présentation, il ne se produit aucun effet. Maintenant si je continue l'enroulement du fil de fer autour de la seconde moitié de la baguette, de sorte que le conducteur métallique soit en contact avec l'intérieur de ma main, il me suffit de présenter la pointe de la baguette pour obtenir en moins de quelques secondes l'anesthésie de la partie visée. D'autre part, en faisant deux fois les mêmes expériences de présentation directe de la main, mais tantôt isolé du sol en même temps que le sujet par le moyen du verre, tantôt en communication avec le sol, je constate toujours, lorsque nous sommes isolés, une accélération dans la production des effets, et dans certains cas cette accélération est de la moitié du temps nécessaire lorsqu'il y a communication. Toutefois, comme ces dernières expériences n'ont encore été faites, et tout récemment, qu'avec un seul sujet, j'affirmerai la propriété isolante du verre avec plus de réserve que la propriété conductrice du fer et du cuivre, celle-ci ayant été vérifiée à plusieurs reprises avec des sujets différents.

10° Tous les individus ne possèdent pas, du moins à un degré suffisant pour qu'il en résulte des effets appréciables, la faculté de dégager l'influence, de nature inconnue, qui paraît être la cause déterminante de tout cet ordre de phénomènes.

11° Toutefois, si un individu privé de cette faculté prend contact avec un autre individu qui la possède, il peut à son tour, et aussi longtemps que dure le contact, devenir capable d'exercer cette influence.

12° En répétant et prolongeant le contact, un individu qui possède cette faculté peut la communiquer d'une façon plus ou moins durable à un autre individu qui en est privé de telle sorte que celui-ci pourra à son tour agir personnellement pendant un temps plus ou moins long et même conduire son influence à travers le corps d'un troisième individu incapable d'exercer par lui-même aucune action.

Ces douze propositions résument fidèlement les faits principaux que j'ai pu constater jusqu'ci en observant scrupuleusement les règles de la méthode d'expérimentation que je me suis prescrite et que je complète en indiquant le procédé que j'emploie pour vérifier l'état de la sensibilité du sujet au courant de ces expériences. Supposons que la partie du corps du sujet visée à distance par la main de l'opérateur soit la rotule du genou gauche. Un assistant percute successivement, avec une pointe mousse et dans un ordre quelconque, diffé-

rentes parties du corps du sujet en y intercalant la partie visée : le sujet annonce à haute vo i xles contacts ressentis ; s'il reste constamment muet quand le contact a lieu sur la rotule du genou gauche, on en conclut l'anesthésie de cette partie, et on s'assure, par des pincements, par des piqûres, etc., de l'étendue et de la profondeur de l'anesthésie ainsi produite.

Il ne m'appartient pas de faire ressortir l'importance de tous ces faits au point de vue de l'hypnologie, de la psychologie physiologique, peut-être même de la physiologie générale. J'exprimerai seulement le vœu que le plus grand nombre possible d'expérimentateurs veuillent bien prendre la peine de les vérifier à leur tour, assuré qu'ils y réussiront comme moi, pourvu qu'ils consentent à observer ces deux conditions indispensables : en premier lieu, se conformer rigoureusement à toutes les règles de la méthode que j'ai indiquées ; en second lieu, si les premiers résultats sont négatifs, ne pas se hâter d'en conclure que les faits rapportés ici sont mensongers ou imaginaires, mais avoir la patience d'expérimenter avec un assez grand nombre de sujets, soit personnellement, soit avec le concours d'autres opérateurs. J'ose espérer que les lecteurs des *Annales de Psychiatrie et d'Hypnologie*, voudront bien m'encourager dans ces recherches en aidant à la réalisation de mon vœu.

E. Boirac.



FAITS TENDANT A ADMETTRE

LA

LOCALISATION DE CERTAINS PHÉNOMÈNES DE LA MÉMOIRE

Par J. Luys.

Plaie pénétrante de la base du crâne. Amnésie consécutive, par H. Abel et W. Colman (*British medical Journal*, 1895.) (1).

Un chauffeur de locomotive fait une chute si malheureuse que le long bec de la burette de graissage (tube de 0,20 c.) pénètre dans le crâne en enlevant une rondelle d'os qui obture son extrémité, transformant ainsi ce tube en un corps contondant :

Plaie cutanée à la joue droite, ouverture d'un trajet presque vertical légèrement oblique en dedans et en arrière, traversant la fosse zygomatique, pénétrant dans le crâne à travers la grande aile du sphénoïde, et traversant la capsule interne droite au niveau du genou; direction supposée d'après les résultats fournis, en enfonçant dans des crânes le bec de la burette.

Au moment de l'accident, perte de connaissance ; pas d'hémorrhagie soit par le nez, la bouche ou les oreilles. Paralysie faciale gauche, du bras et de la jambe. Pas trace d'hémianesthésie, et le malade tombe dans l'assoupissement et un état demi-conscient ; du côté droit, *anesthésie complète de la région sourcilière* des deux paupières.

Le malade sauf quelques phénomènes notables dans le groupement du souvenir, dès les premiers temps, présentait au bout d'un an l'état mental suivant : apathie — indolence — excitations faciles d'émotivité — lacunes dans les souvenirs — affaiblissement de la mémoire, — s'il sort de chez lui il ne peut retrouver sa route, ou bien il ne reconnaît pas sa maison : il oublie l'usage d'une foule d'objets. Il raisonne assez bien, mais à cause de son amnésie partielle, il arrive à des conclusions incorrectes. Exemple : il habite une maison construite par la Compagnie pour ses employés, mais il ne se souvenait plus d'y avoir été employé pendant cinq à six ans, et insistait pour quitter cette maison dans laquelle il n'avait pas de droit de résider.

(1) *Archives de Neurologie*, mars 1895, p. 323.

Localisation de la blessure. — L'expérimentation sur plusieurs crânes, la nature des symptômes font penser à une lésion de la capsule interne. La paralysie limitée d'emblée au bas et à la face montre que le traumatisme a porté sur la partie antérieure du faisceau moteur ; l'absence d'hémianopsie et de tout symptôme sensoriel du côté gauche, montre aussi que la partie postérieure de la capsule interne n'a pas été touchée.

Il est difficile, pour ce qui touche l'état de la mémoire, de faire autre chose que des suppositions; certes il y a dû y avoir du ramollissement inflammatoire autour des parties lésées dans la partie antérieure de la capsule interne.....

Néanmoins il est très vraisemblable que sous l'influence de la présence du corps contondant, la région grise orbitaire à été violemment contuse et qu'une hémorrhagie s'est faite à l'endroit même. Il est arrivé là ce qui arrive toujours lorsqu'il s'agit de la substance cérébrale en présence d'un traumatisme local, un foyer local primitif d'attrition de la substance nerveuse avec infiltration ambiante de la matière hématique et ramollissement du tissu avec distension des éléments actifs de la région intéressée.

Quoiqu'il faille en bonne psychologie considérer la mémoire comme une faculté d'ensemble, inhérente à toutes les cellules de la substance nerveuse, aussi bien celles du cerveau que celles de la moelle, (les réactions réflexes inconscientes des centres de l'axe spinal n'en sont-ils pas la preuve évidente?) Je ne puis m'empêcher de constater qu'un traumatisme de la région orbitaire de la substance cérébrale a été suivi de phénomènes d'amnésie très prononcés avec retentissement sur l'ensemble des facultés mentales. — Y aurait-il en ces régions un territoire cortical spécial qui présiderait à certaines facultés de concentration des courants nerveux mnémoniques ?

C'est une question qui doit se poser, en présence de ce fait, d'une part, si notablement précisé, et d'autre part en présence d'autres phénomènes encore inexpliqués, mais tout à fait concordants, en vertu desquels, chez des sujets hypnotisés et qui au moment du réveil ont tout à fait oublié ce qu'ils ont dit et fait alors qu'ils étaient en état hypnotique, et qui peuvent recupérer le souvenir une fois revenus à l'état de veille de tout ce qu'ils ont dit et fait — alors qu'à l'aide d'une légère pression exercée sur la *région sourcilière* et orbitaire, on constate le retour des impressions subies.

Ce phénomène est en effet un des plus intéressants que l'on puisse constater. Un sujet étant endormi, et placé en somnambulisme, on le fait assister à des scènes de crimes imaginaires, on lui fait faire des aveux de récits fictifs, il a la conscience complète de ce qu'il dit et de ce qu'il voit. — Eh bien ! on le réveille, et on l'interroge sur ce qu'il a dit, sur ce qu'il a vu et fait — et alors, il ne se souvient de rien — il n'a pas parlé — il n'a rien vu. — Cinq minutes après — dix minutes — quinze minutes après, on fait venir près de soi ce même sujet qui est complètement réveillé, qui parle en pleine lucidité. Et alors si on pratique sur la région orbitaire, (ainsi que le colonel de Rochas le pratique d'habitude), quelques frictions légères on est tout étonné de voir les souvenirs de l'état somnambulique apparaître, la mémoire sollicitée par la pression de la main de l'hypnotiseur se réveiller, et le sujet se mettre à raconter ce qu'il a vu et ressenti pendant sa période d'obnubilation mentale passagère !

Au point de vue médico-légal il est évident que cette révocation de certains souvenirs par cette simple technique pourrait, le cas échéant, être appelée à rendre des services à une instruction judiciaire chez un sujet ayant été mis, soit artificiellement, soit naturellement en état de somnambulisme (1).

(1) Cette découverte de l'évocation artificielle de certains états psychiques est susceptible d'ouvrir des horizons nouveaux aux recherches de psychologie expérimentale.

Ceux qui s'occupent sérieusement de recherches psychologiques faites dans les divers états de l'hypnose, savent que deux sujets étant endormis, si on les réunit à l'aide d'un barreau aimanté, ou tout simplement si on les réunit par la main gauche et droite — l'état du sujet A se communique au sujet B.— Si A a des idées tristes, des émotions artificielles communiquées par une substance active, le cognac, la morphine, l'ipéca, la valériane, etc., ces émotions se propagent sympathiquement d'un sujet à l'autre. Au réveil, les sujets sollicités ainsi à leur insu n'en gardent aucun souvenir, mais ce souvenir peut être évoqué par pression de la région sourcilière, et les sujets racontent ainsi les émotions dont ils ont été traversés.

Bien plus, voici une expérience bien plus extraordinaire et qui est une déduction logique des précédentes :

Puisque l'état émotif du sujet A se communique par transfert au sujet B, peut-on changer un des facteurs ? peut-on remplacer dans la transmission nerveuse le sujet A par un animal quelconque, un chat, un coq, par exemple ?

L'expérience, bien dirigée, a pleinement réussie, et les personnes qui ont suivi mes cours ont été témoins de ces surprenants phénomènes.

Le sujet en léthargie reçoit sur les genoux un chat pendant quelques

minutes ; on applique ses mains sur l'animal, le barreau aimanté est placé d'une façon intermédiaire. On produit alors la phase de somnambulisme ; on interpelle le sujet suivant les procédés ordinaires ; il ne répond pas ! et il se met à miauler ! et bien plus, cet état nouveau de sa personnalité se communique sympathiquement au sujet B, si celui-ci a été mis en rapport avec lui !

Mêmes transformations de personnalité avec un coq, mis en expérience. Le sujet, mis en somnambulisme, se mit à glousser !

Poursuivant alors la même étude, je réveillai le sujet. Au réveil naturel, il n'eut aucun souvenir des émotions spéciales qui l'avaient traversé pendant son sommeil et sa mise en rapport avec le coq.

Profitant des notions précédemment exposées d'évocations des souvenirs conçus pendant la période léthargique, j'eus l'idée d'évoquer, par la pression de la région sourcilière, l'état d'âme du sujet pendant cette période d'obnubilation de sa personnalité, et alors, l'interrogeant sur ce qu'il avait éprouvé dans cette période : A quoi pensiez-vous, lui dis-je ? A mes poules, répondit-il.

Cette expérience a été répétée à plusieurs reprises, et elle a toujours réussi avec différents sujets.

C'est un phénomène bien étrange et qui laisse loin derrière lui ce qu'on pourrait imaginer en fait de choses imprévues. On paraît, en les exposant, être le jouet d'une mystification. Néanmoins, il y a là un fait *réel* que j'ai vu et observé à plusieurs reprises, aussi réel que celui de l'extériorisation de la sensibilité de M. de Rochas. Je ne fais pas de propagande actuellement dans cet ordre d'idées, c'est peine perdue; l'état mental de nos contemporains ne s'y prête pas, je ne fais que prendre date pour l'avenir.

La question de la transmission à l'homme de certains états psychiques artificiels, et du transfert de l'état nerveux des animaux, est un problème réservé dont nous ne verrons pas le développement. Ce sont des matériaux d'études pour les esprits chercheurs du XXe siècle



FAITS POUR SERVIR A L'HISTOIRE DES ACTIONS EXTERNES

AU CONTACT OU A DISTANCE

DES SUBSTANCES MÉDICAMENTEUSES OU AUTRES

Par le Dr H. Goudard.

Il y a un demi-siècle, par conséquent longtemps avant MM. Bourru et Burot, longtemps avant M. Luys, le Dr Viaucin connaissait et décrivait, sous le nom de pharmaco-magnétisme, l'action à distance des médicaments.

Il magnétisait ses sujets, par insufflation ou autrement, à travers des substances médicamenteuses et prétendait obtenir des résultats remarquables. Suivant lui, ces résultats étaient dus à l'action du magnétisme qui se chargeait des actions dynamiques des remèdes et arrivait au malade modifié selon la formule. Laissons à Viaucin sa théorie et retenons les faits.

Un de mes premiers maîtres, Emile Gromier, de Lyon, purgeait en soufflant sur le patient au moyen d'un tube contenant de l'aloès.

Le magnétiseur Lafontaine raconte qu'ayant bu du madère, pendant qu'il magnétisait le peintre Devienne, il avait produit l'ivresse chez son sujet.

Voici le procès-verbal d'une expérience qui semble se référer aux mêmes mystérieuses actions :

2 novembre 1891. — Avant d'aller se coucher, B.. R s'était versé un verre d'eau avec quelques gouttes de vin pour boire. Sans rien dire, je suis allé dans la salle à manger prendre dans ma bouche une demi-gorgée d'eau-de-vie et j'ai appliqué ma main gauche, le pouce et les deux derniers doigts autour du verre, l'index et le majeur effleurant le niveau du liquide en dedans. Je suis resté ainsi deux ou trois minutes : puis, j'ai invité B.. R.. à boire. Elle a bu, en deux fois, et déclaré chaque fois que le liquide avait un goût d'eau-de-vie très net.

Mlle V. S... présente à l'expérience, prétendant que j'avais trempé mes doigts dans l'eau-de-vie, je l'invite à essayer l'expérience. Elle a pris un verre d'eau : j'ai recommencé la manœuvre en lui faisant constater que mes doigts étaient parfaitement exempts de toute odeur suspecte : j'ai opéré comme ci-devant pendant deux minutes environ. En portant le verre à la bouche, elle a senti l'odeur de l'eau-de-vie : puis elle a

avalé l'eau d'un trait, sans lui trouver la saveur de l'eau-de-vie ; mais le verre a conservé encore après l'odeur de l'eau-de-vie. Mlle L. V. assistait aux deux expériences et peut témoigner que le présent compte rendu est rigoureusement fidèle.

Suivent les signatures...

Si on peut invoquer la suggestion pour expliquer la deuxième expérience, il n'en est pas de même de la première, à moins d'admettre une suggestion mentale.

J'ai rencontré, dans ma pratique médicale, plusieurs faits qu'il m'a semblé utile de rapprocher en dépit des éléments en apparence disparates qu'ils présentent. Le but que je me propose est simplement d'apporter mon modeste contingent à l'étude d'une question vraisemblablement très complexe, ne comportant encore, à l'heure actuelle, aucune conclusion.

J'ai traité pendant plus de deux ans, M. Q..., âgé de 66 ans, atteint de bronchite chronique et emphysème compliqués de fréquents et violents accès d'asthme. A un moment donné, aux accès d'asthme s'ajoutèrent des spasmes de l'estomac et de la vessie. Le malade s'éveillait en sursaut, en proie à des besoins irrésistibles d'uriner, et il ne pissait que quelques gouttes. D'autre part, il éprouvait de violents besoins de manger et la moindre gorgée d'aliments, même liquides, déterminait aussitôt la satiété.

Ces phénomènes résistaient à tous les moyens ordinaires, quand un jour, il me dit avoir éprouvé un certain soulagement à la suite d'une friction à l'huile camphrée que son domestique lui avait faite au creux de l'estomac.

J'eus alors l'idée qu'il pouvait y avoir là un effet spécifique du camphre. Je lui conseillai de présenter lors des accès spasmodiques en face de la vessie ou de l'estomac, suivant le cas, un sachet de camphre, pendant quelques minutes.

Le soir même, le malade étant assis devant son feu, s'applique sur le creux de l'estomac un gros morceau de camphre et le laisse en place deux heures. A six heures on l'avertit que la table est mise : il veut se lever et ne peut pas ; on l'aide : il semble ahuri, regarde à terre, à droite et à gauche, semblant chercher quelque chose. Ses deux sœurs effrayées donnent de l'air : mais tout cela se calme très vite et le malade, revenu à lui, se met à table et mange avec appétit. A dater de ce moment, il n'a plus eu de spasmes, ni de la vessie ni de l'estomac : les urines sont devenues claires et abondantes, et même, pendant plusieurs jours, les accès d'asthme ont été moins intenses.

Il n'est peut-être pas inutile de déclarer que M. Q... était instruit du résultat possible : je l'avais mis au courant de ce que, suivant moi, le camphre était capable de produire. Par conséquent les théoriciens de la suggestion peuvent interpréter par elle l'observation qu'on vient de lire. Bien que je répudie cette interprétation, je ne suis pas autrement en mesure de prouver sa fausseté.

A signaler comme hérédité névropathique chez M. Q... que le père était nerveux ; un frère aîné décédé depuis deux ans affichait volontiers des aptitudes occultes pour la découverte des sources. Les deux sœurs sont des hystériques avérées : l'une d'elles présente un tic intéressant : toute sensation ou émotion un peu vive ou brusque provoque une secousse générale avec une sorte d'aboiement : l'autre délire facilement.

Je passe à un autre fait :

Une dame de la commune de J.., m'amène sa fille âgée de 14 ans atteinte de gale.

Au cours de la conversation, cette femme très nerveuse me raconte que, dans sa jeunesse, elle soignait un oncle malade, vieux célibataire. Elle coucha, pendant son séjour chez cet oncle, avec la domestique qui présentait une éruption cutanée généralisée ; elle ne songeait nullement à une contagion possible, et n'éprouve, en effet, absolument rien jusqu'au jour où quelqu'un lui dit qu'elle avait tort de coucher avec cette personne parce qu'elle avait la gale. Aussitôt elle ressentit de violentes démangeaisons, suivies d'une éruption générale qui persista.

Son père rapporta du marché d'All... certaine pommade, connue sous le nom d'onguent du Capucin et dont je n'ai pu connaître la composition ; cette pommade devait être appliquée en frictions sur les jointures, du côté de la flexion. A chaque friction, la malade entrait en contracture ; il était impossible de faire fléchir le membre frictionné, et ce, pendant plusieurs minutes.

Trois ou quatre applications de pommade suffirent à faire disparaître la prétendue gale.

Cette femme a été toute sa vie très nerveuse : elle n'a pas eu d'attaques de nerfs : mais il lui est arrivé, maintes fois, de s'endormir d'une manière irrésistible, au milieu de n'importe quelle occupation et dans n'importe quelle position.

Sa fille n'est pas réglée ; elle souffre fréquemment de crises gastriques indéterminées et de fatigue des jambes qui naissent ou disparaissent brusquement.

(Quant à son éruption, elle procède d'une gale très caractérisée et tout à fait authentique.)

Il est certain qu'ici, avec plus de raison encore que dans l'observation précédente, on peut mettre le résultat sur le compte d'un travail interne de nature auto-suggestive ; mais en réfléchissant aux détails de l'observation, il me semble difficile de nier absolument une action intrinsèque de la pommade employée.

J'arrive à un fait plus probant :

Mme M..., ma voisine, veuve d'un ancien chef de musique de la Garde sous l'Empire, me fait appeler un matin en toute hâte. Je la trouve en proie à une vive douleur précordiale qui l'a prise subitement ; cela simule absolument l'angine de poitrine ; jamais elle n'a rien éprouvé de semblable. Je l'ausculte : rien au cœur, ni à la poitrine. Pendant cet examen elle déclare qu'elle se sent soulagée. Aussitôt après avoir revêtu sa jaquette, elle sent de nouveau la douleur. Je lui fais enlever une seconde fois ce vêtement, pour explorer attentivement le thorax au point de vue d'une névralgie intercostale. Nouvel arrêt de la douleur.

J'avise alors dans la pochette du vêtement qu'elle venait de quitter, une grosse montre en nickel retenue par une chaine de même métal. Mme M... avait pris, ce matin-là, la montre de son fils à qui elle avait cédé la sienne pour aller en voyage. L'idée me vient que la montre est la coupable : je la place sur la commode et engage Mme M.., à reprendre son vêtement. Le soulagement persiste : je dis plus : la douleur disparait complètement.

Ce qui donne son intérêt à ce fait et l'éclaire d'une vive lumière, c'est que, une dizaine de jours avant, j'avais fait des expériences de métalloscopie avec plusieurs personnes, dont cette dame. Or, avec une plaque de nickel, j'avais noté : Engourdissement très douloureux de la main et de l'avant-bras.

Je ne pense pas que la théorie suggestive puisse réclamer ce fait. Mme M... n'est pas du tout hystérique ni nerveuse à aucun degré.

J'ai observé chez M. F.., entrepreneur de travaux, vigoureux mais névropathe, à la suite de l'application d'une mouche d'opium au creux épigastrique, une éruption pustuleuse qui se généralisa rapidement et persista une dizaine de jours, tourmentant beaucoup le malade.

Un accident analogue lui était arrivé, me dit-il, bien des

années auparavant, à la suite d'une application anodine du même genre, sans que je puisse autrement préciser.

Tel est mon modeste apport à un chapitre très vaste. Je ne veux tirer aucune conclusion. Je me borne à rappeler avec Claude Bernard que les faits sont toujours exacts : c'est l'interprétation qui les détourne de leur sens réel et les dénature comme à plaisir.

Dr H. GOUDARD.

CHRONIQUE DE LA PSYCHIATRIE

Contributions à l'étude de l'automatisme partiel des cellules cérébrales avec conservation de l'état conscient.

Ce travail autobiographique m'a été communiqué par un de mes clients, officier d'artillerie sous le titre de : « *Mémoire relatif aux idées envoyées par l'Electricité sur lesquelles je travaille depuis quelque temps comme sur un livre.* »

J'ai pensé qu'il pourrait intéresser les lecteurs de cette Revue qui s'occupent de physiologie cérébrale pratique, et aiment à se rendre compte des troubles partiels des facultés mentales en cherchant à les rattacher aux dispositions organiques du substratum matériel qui sert à leurs manifestations.

M. X , capitaine d'artillerie, grand travailleur, n'ayant pas eu de tares héréditaires notables, fut pris, à la suite de grandes préoccupations dans sa vie privée, et de travaux intellectuels prolongés, de bizarreries dans le caractère, de moments d'excitation avec emportement, passagers d'abord, et devenant peu à peu continus. Cet état d'excitation, caractérisé par une grande loquacité et l'exposition de travaux fantastiques, détermina sa famille à le placer dans une maison de santé. Il y resta pendant quelques mois en traitement ; il y fut traité par des calmants, et il en sortit très notablement amélioré (1).

(1) Il est à noter que pendant ce séjour dans l'établissement, il rendit spontanément un tænia, l'amélioration suivit. Etait-ce une coïncidence ou une folie sympathique, toujours est-il que la maladie réapparut quelques mois plus tard.

Ceci se passait en 1870 au moment de la guerre. Ce malade reprit alors du service et fut placé à la tête d'une batterie d'artillerie de campagne.

J'ai su depuis que l'amélioration obtenue par son séjour dans l'asile ne se maintint pas, l'excitation hallucinatoire reparut avec la même inconscience de la réalité. Il prit part aux différents combats sous les murs de Metz et se comporta comme un héros.

On le vit, en effet, dans un mouvement de retraite, seul avec un brigadier, conduire à bras le dernier canon de sa batterie, et dans les rues d'un village, continuer à faire feu, seul avec sa dernière pièce, alors que la débandade autour de lui était générale.

Cet épisode a fait l'objet d'un tableau patriotique admis à une de nos expositions.

Eu égard aux antécédents du capitaine X., j'hésite à considérer cette action militaire comme un acte réellement héroïque.

J. L.

« J'écris, en ce moment, les idées qui se sont présentées à mon esprit, sous la dénomination étrange d'idées envoyées par l'électricité, idées dont les unes se rattachent à celles que j'avais précédemment, et dont les autres me semblent bien clairement adressées par d'autres *êtres*, me connaissant depuis mon enfance. — Parmi les faits qui ont accompagné cette étrange apparition d'idées, il en est qui peuvent être attribués à des phénomènes très connus et qui arrivent à ceux dont le cerveau est plus ou moins malade : il en est d'autres, au contraire, qui sont du domaine des faits réels, qui ont eu des témoins, et qui du moins serviront à expliquer l'exaltation où les premiers ont pris naissance. — Il y a donc lieu de distinguer d'abord les hallucinations fantastiques, que j'ai comprimées le plus possible en moi-même, pendant près de six semaines, en m'efforçant de causer avec les personnes qui m'entouraient, et auxquelles je me suis d'autant plus attaché cependant, qu'en somme, elles me paraissaient révéler des faits nouveaux très intéressants, et ne jamais éveiller en moi autre chose que des pensées bonnes et généreuses, et des souvenirs touchants. — A la suite d'un violent accès de fièvre que j'ai éprouvé à Grenoble, et pendant lequel des idées se sont présentées en foule, à mon cerveau, idées venant bien clairement d'autres êtres que moi, et auxquelles ma propre pensée semblait répondre, des voix étranges parmi lesquelles une très élevée semblait dire avec triomphe, *il a répondu* et une

voix de vieille femme, dans la chambre à droite de celle que j'occupais à l'hôtel a semblé dire (et je ferais serment que ceci a été réel) : *Vraiment vous n'êtes pas un homme, monsieur*, faisant allusion à ce que j'étais étendu sur mon lit, et à ce que je devais travailler les écrits que j'avais commencés. — C'est le premier moment où les idées autres que les miennes d'une part, et des voix les unes qui m'ont paru vraies, les autres, comme des chœurs de voix s'enfonçant dans des souterrains, ou comme des assemblées qui seraient tenues dans le voisinage des caves de l'hôtel, c'est le premier moment, dis-je, où ont paru les phénomènes que je traite tous de fantastiques pour ne pas affaiblir la confiance, que je désire provoquer dans les faits qui sont absolument réels, qui ont eu des témoins et des auteurs, et dont je parlerai plus loin. Les voix m'ont suivi, sous l'apparence de chœurs pendant toute la durée du voyage de nuit que j'ai fait de Grenoble à Paris, et là j'ai eu l'occasion de remarquer, cette chose étrange, que j'ai prise d'abord pour une chose tout à fait fortuite, c'est qu'à une idée, très importante, très marquée, en éveillant en moi un souvenir très touchant, ou un sentiment très vif, correspondait chez le camarade qui m'accompagnait ou chez toute autre personne se trouvant dans le même wagon, l'idée de regarder l'heure. -- A mon arrivée chez mes parents, je n'ai rien dit de cette obsession d'idées, dans le premier moment, mais dès le soir, une avalanche d'idées se précipita sur mes yeux et sur mon cerveau, une sorte de *pluie* et c'est en effet ce mot qui, depuis longtemps, m'était annoncé comme devant m'effrayer, et étant une chose à craindre.

Cette *pluie* devait en effet me faire apercevoir que j'avais depuis un certain temps des idées envoyées par l'électricité. — La manière dont les idées elles-mêmes m'avertirent qu'elles m'étaient transmises est la suivante.

Vous avez, disaient-elles, un Sosie devant les yeux duquel on passe une feuille de papier enroulée, et à votre tour vous pouvez lire ce que nous envoyons ainsi. — Je me rappelle que, dans cette crise, les idées commençaient comme par une sorte de prospectus disant qu'elles continueraient toujours à venir si chacun des membres de ma famille ne remettait pas une somme d'argent à certaines adresses indiquées, et dans mon effroi que cette succession d'idées fût sans fin, devant mes yeux, ou dans mon cerveau, car les deux phénomènes se produisaient, je me rappelle clairement aussi avoir dit cela à ma famille, et m'être couché immédiatement, après quoi les idées se sont ralenties dans leur mouvement, et j'ai comprimé encore que me donnait

cet état maladif, sans cependant m'en attrister, ces idées me rappelant sans cesse quelque chose de bon à faire ou quelqu'exemple à donner. J'ai passé un mois de cette manière, espérant que si quelqu'un envoyait réellement ces idées, il cesserait, voyant que cela me faisait mal à la longue, et que si au contraire c'était le fait d'un état d'exaltation ou d'irritation cérébrale, cela se dissiperait de soi-même. Il se joignait, à cet état, la persuasion que chacune de mes phrases avait un sens caché connu d'autres personnes, même de mes parents et de ma famille ; que ces idées qui, pour moi, étaient envoyées dans mon cerveau, ou devant mes yeux, leur devaient être remises écrites, ou alors être envoyées pour eux comme pour moi dans leur cerveau. Je dirai plus tard en quoi j'étais autorisé à rechercher autour de moi quelque chose de secret et qu'on ne voulait pas me dire, mais je reste ici dans le domaine des hallucinations, et des idées qui me sont personnelles, envoyées ou non, afin de faire une distinction entre elles et les faits réels. — De retour à Grenoble, j'ai essayé de reprendre mon service et j'ai pu, en effet, en faire une partie, mais il m'eût été impossible de faire une visite, et déjà dans les derniers temps à Paris une sorte de mutisme involontaire accompagnait les moments de *pluie* d'idées.

Ainsi, dans une promenade que je fis en voiture avec deux de mes camarades à Urriage, les voix m'accompagnèrent avec une abondance d'idées extraordinaire, les unes et les autres m'empêchant de parler, et me disant que je ne reconnaîtrais pas le chemin que je parcourais, et en effet la sensation fut telle, et je pouvais me croire presque dans un autre pays tant je reconnaissais peu les localités par où je passais et qui pourtant m'étaient familières. — Je pensais, à ce moment, que mes camarades entendaient, comme moi, ces voix, qui étaient poussées comme des chœurs de voix souterraines, et bien que ce que je vais dire soit un fait réel que je devrais reléguer dans la seconde partie de ce récit, je devais penser juste ; car il m'avait semblé que le matin même les soldats que je conduisais avaient entendu des voix comme moi et répétaient ce qu'elles venaient de me dire. Quoi qu'il en soit, je me décidai après cette promenade à entrer à l'hôpital autant pour changer mon logement où j'entendais des voix, des conversations, très extraordinaires, et qui me paraissaient réelles, que pour essayer de voir si les mêmes phénomènes me suivraient partout. Parmi ces idées et voix je n'ai guère obéi qu'à celles parfaitement inoffensives qui me disaient de faire de bonnes choses telles que de ne rien prendre avant mes repas pour donner le bon exemple ; à moins manger afin qu'il

en reste pour les pauvres, et à conseiller même d'en faire autant; j'ai laissé de côté celles qui semblaient agir par intimidation, en me faisant entendre que j'étais entouré moi, et que ma famille était entourée aussi de gens les poursuivant par haine et par vengeance, et je ne leur ai cédé à la fin que pour me guérir d'une telle abondance d'idées m'empêchant même quelquefois de parler.

Je revins à Paris, où je me décidai alors à faire part de cela à ma femme et à mes parents, qui résolurent de me faire soigner, et de guérir un état qui peut être maladif. Quoi qu'il en soit, voici, après ce long préambule, comment les idées elles-mêmes (jamais les voix) ont appliqué ce phénomène d'envoyer des idées *par l'électricité.*

Le phénomène d'hommes réunis dans de vastes souterrains, parlant, criant et transmettant à l'aide de l'électricité leur voix à des distances immenses n'a rien qui puisse surprendre ; car on sait qu'on peut, à l'aide de l'électricité, transmettre des sons d'un concert, et l'expérience a été faite en Amérique (le fait est, si je ne me trompe, relaté dans des traités de physique). C'est ainsi que je m'explique que cela puisse se faire et que les voix mêmes existent; je ne demanderais pas mieux que de les faire entrer dans la catégorie des choses fantastiques, si, je le répète, il ne se mêlait des faits réels m'obligeant à reconnaître qu'on a voulu dans certains journaux parler de moi et de ma famille sans que je puisse dire jamais : c'est moi, et pourtant de manière à attirer mon attention.

Dans mon enfance, j'ai eu une maladie très grave qu'un docteur a soignée de manière à me guérir. Il paraîtrait que pour étudier ma maladie il m'avait moulé parfaitement, et que sur ce modèle exécuté en métal il avait formé un petit être réel, dont l'intérieur, fait exactement (1) avec des éléments appartenant à des êtres humains, a pu à l'aide d'un courant électrique recevoir une véritable circulation (2). On conçoit qu'ainsi, on ait pu, dès cette époque, faire un véritable Sosie de moi, à cet âge, c'est-à-dire très près de ma naissance. — Il paraîtrait qu'à cette époque, une personne de ma famille avait dit que tous mes actes seraient exécutés par six personnes différentes, ces six personnes étant également différentes d'un acte à l'autre ; et qu'à l'âge de trente-six ans le testament fait par elles devait être en ma faveur, si au moment où l'on me rappellerait mes bonnes et mauvaises

(1) Quelque chose de réel analogue à ce que fait en carton le docteur Auzoux.

(2) A l'aide de la machine de Clarke ; comment je n'en sais rien.

actions, je me reconnaissais dans les dernières ; et que je devais être puni des mauvaises si je me reconnaissais dans les bonnes. — On conçoit que s'il ne se fût agi même que des actes on eût pu, en en faisant imiter d'autres que les miens, faire beaucoup de mal. — Mais les idées qui m'ont été envoyées, m'ont dit que l'on connaissait même mes pensées à l'aide de mon Sosie.

Cette transmission a pu être répétée plus tard à l'aide de la photosculpture ; on a exécuté, en effet, en relief à différentes époques, des êtres pareils à des êtres humains, façonnés dans des moules en métal, et avec un intérieur semblable à celui dont j'ai parlé au moment de mon enfance. — On a remarqué que lorsque le Sosie (car on ne peut lui donner d'autre nom) se trouve dans le même courant électrique que moi (1), les pensées correspondaient à une certaine coloration du métal. Aussitôt qu'on a observé ce phénomène on a entouré de tiges de fer les chambres que je devais occuper, dans les murs, planchers et plafonds, de telle sorte que le courant devait conserver la même direction par rapport à moi et par rapport à mon Sosie. — Comme dans l'expérience d'Oerstedt. L'homme ainsi placé devient donc un aimant comme sous l'influence d'un courant. J'ai donc été placé dans un courant, pendant un certain temps, et j'ai conservé depuis mon aimantation. Car ici, à l'hôpital de Grenoble, je suis persuadé qu'il n'y avait pas de courant, mais peut-être dans la chambre que j'ai occupée avant et dans les chambres que j'ai occupées, y avait-il une disposition de tiges de fer, soit dans un sens, soit dans l'autre. — Eh bien ! le Sosie ainsi formé peut être très loin et cependant le courant existe autour de lui comme autour de moi.

En parlant, en pensant, il a pu se former dans la bouche, dans les oreilles, sur le cerveau de mon Sosie, des gestes, des sons, des colorations que l'on a traduites en langage ordinaire.

Mon Sosie peut être en métal, en bois, en peau, mais renfermer à l'intérieur tous les éléments du corps humain, tels, je le répète, que l'on peut les rencontrer dans les mannequins du docteur Auzoux (2). — Eh bien ! je fais un geste, mon Sosie ou un de mes Sosies fait un geste correspondant : je parle et un de mes Sosies fait un son correspondant ; je pense et une coloration, ou une protubérance se manifeste sur un de mes Sosies ; on comprend que si cela existe, on peut avoir traduit toutes ces manifestations extérieures en connaissant les actes, les paroles et les

(1) Ceci est assez vague, mais je ne peux l'expliquer autrement qu'en disant ce qui va suivre.

(2) Ou mieux je peux avoir des Sosies de toutes ces espèces, car l'un n'est évidemment pas plus difficile à faire que l'autre.

écrits correspondant à chaque instant de mon existence. On comprend que réciproquement on ait pu,à l'aide de mes Sosies, tenter de me communiquer, comme je le faisais pour eux, ce qu'ils font.

C'est ce qui donne l'explication de cet affaissement que j'ai éprouvé dans la voiture où je me trouvais avec un de mes camarades à Grenoble, et où l'idée correspondante transmise a été qu'en serrant une vis en fer à l'un de mes Sosies on pouvait arrêter ma circulation. En effet, j'ai mis la main sur mon cœur à ce moment, et j'ai senti mon cœur s'arrêter presque brusquement, — quelques secondes après, une idée m'a dit, vos yeux vont devenir vitreux, mais ne vous en effrayez pas, et mes yeux sont devenus vitreux.

— En couvrant d'une matière noire le cerveau d'un de vos Sosies, m'a dit ensuite une idée envoyée par l'électricité, vous perdrez la mémoire de ce qui vous entoure et en effet je n'ai reconnu aucun objet extérieur, je voyais un arbre et je disais en moi-même c'est un arbre, mais je ne savais où je me trouvais, et du jour au lendemain je perdais la conscience des heures où il fallait faire mon service, des heures de repas, conscience qui reparaissait le jour suivant, qui a reparu chez mes parents, dans ma famille, et qui, maintenant me paraît très entière, car je sens que je suis moi, maintenant, pouvant agir, parler, sentir, commander, indépendamment des idées très précises au milieu de leurs hallucinations que je viens d'exposer.

Lorsque j'écrivais les doigts de mon sosie composaient une sorte de rythme musical et envoyé ou non j'ai toujours eu la pensée que le chef-d'œuvre des arts était de faire quelque chose qui fut aussi grand en musique et en poésie, Shakespeare et Corneille n'ont pas de musique, et Meyerbeer et Rossini, Bellini et Donizetti n'ont pas de libretto. Il faudrait en quelque sorte vivre deux dans le même être pour produire, si c'est vrai que cela existe, un chef-d'œuvre de ce genre.

On a donc d'abord imité mes actes, puis peu à peu traduit mes pensées, mes paroles, et mes gestes, et on a fini par pouvoir m'envoyer des pensées, des paroles et des gestes, sorte d'échange entre moi et tous ceux qui sont dans le secret de cette découverte.

Les voix, selon les idées qui me sont envoyées par l'électricité proviennent de tous ceux qui ayant mal interprêté des pensées transmises par moi du cerveau d'un de mes sosies, ou des gestes où des paroles transmises par moi à un de mes sosies, se

trouvaient dans le malheur et habitent des souterrains. Ce monde est très nombreux et forme une véritable armée qui aurait résolu de me faire servir d'exemple à ceux qui sont au-dessus du sol. Cette étude des protubérances des colorations, que l'on a été obligé de traduire, a conduit à faire voir qu'une idée transmise par l'électricité, c'est-à-dire transmise à un de mes sosies, et que j'éprouve à mon tour, si elle est contraire à mon idée naturelle, oblige à augmenter le courant autour de mon sosie, pour qu'il fasse le geste correspondant à l'idée transmise.

De là la pensée suivante, qui est transmise à un de mes sosies. Comme ayant été donnée par Ampère, et que j'ai reçue à Grenoble peu de temps avant d'avoir la *pluie* d'idées qui devait me faire apercevoir que j'ai des idées reçues de cette manière. Si A. représente le bien, si B. représente le mal, il faut pour le point moral (1) que M. ne cède ni à une influence ni à l'autre, et suive la ligne droite qu'il y ait une certaine attraction de la part de A. et une certaine répulsion de la part de B.

Il y avait donc dans l'homme, un fluide composé de deux fluides, l'un positif l'autre négatif, l'un attirant, l'autre repoussant. Suivant que l'un pousse au bien ou que l'autre pousse au mal il faut donner une force correspondante au sosie pour qu'il exécute l'acte que l'ou veut transmettre à la personne dont on a le sosie. Cette personne serait ainsi réduite presque à être une automate, et ce serait la négation de l'âme humaine, s'il ne restait une puissance de volonté qui ne doit pouvoir limiter qu'à quelques mouvements, cette puissance, s'il est vrai qu'elle existe.

De cette attraction et de cette répulsion successive, il doit résulter une sorte de vibration du point moral M. qui se trouve alors dans la position d'une molécule de fluide. Suivant sa vitesse initiale, suivant sa position initiale elle peut suivre des directions très différentes. — Cette position initiale, cette vitesse initiale, la distribution des deux fluides qui forment sa masse, proviennent du milieu où naît la molécule. Il faut ajouter assez de fluide pour que le point M, au lieu de suivre une ligne droite rejoigne le point A. c'est-à-dire arrive au bien absolu.

Cette règle qui m'a servi de point de départ, dans les harmonies mathématiques est celle-ci. L'attraction du point A représentant la masse totale de toutes les vertus qui attirent, doit être d'autant plus forte que A et B sont plus éloignés l'un de l'autre, d'autant plus forte que M est plus près de B et la répulsion exercée par la masse totale de tous les vices qui repoussent, doit être

(1) Par analogie avec le point matériel.

d'autant plus forte que M. est plus près du bien. Or, toutes les vertus, c'est le nombre des gens vertueux, et toutes ces étapes c'est le nombre des gens mauvais (c'est une application en quelque sorte du théorème de Bernouille.) Suivant les pays A et B seront donc plus ou moins éloignés l'un de l'autre. La probabilité, c'est que M, naîtra avec cette distribution de fluide dans ce pays et avec une vitesse initiale variable. M naîtra avec μ et μ' proportionnel à m masse de A et m' masse de B. J'ai eommencé le problème dans les harmonies mathématiques (1) où les lois des atomes, et j'ai cherché aussi ce que devenait un point attiré en raison inverse du carré de la distance par trois autres points de manière à passer de là au problème d'un point situé sur la sphère terrestre et attiré en raison inverse du carré de la distance par les différents points d'un cercle.

C'est cette idée que je ne développe pas ici, qui a fait l'objet de mes dernières études à Grenoble. Elle correspond à une idée que j'ai fait étant plus jeune et qui me séduisait beaucoup, l'idée que la marche des civilisations du monde, que la loi des populations qui suit l'équateur magnétique devait être une des sources de la liaison entre le magnétisme terrestre et le magnétisme animal. Je n'ai jamais étudié l'un et l'autre et je ne vois pas pourquoi ces idées que je n'ai jamais travaillées, me seraient venues, si elles n'étaient envoyées par une puissance supérieure devant laquelle je m'incline, et qui est une véritable divinité. Cette dernière étude que j'ai appelée harmonies, provient d'un ensemble d'idées qui constituent un tout que je voudrais pouvoir rendre aussi complet que possible.

On comprend que cette révélation qui se manifeste ainsi sous le nom d'idées, envoyées, on peut en vérifier l'exactitude, car on dit que ces idées et ces voix se transmettent ainsi à l'oreille des animaux à l'aide de Sosies, sans doute, mais c'est une chose extraordinaire que ce que j'ai vu dans cet ordre d'idées. Une voix ou une idée m'a dit souvent : c'est un autre ou une collection d'autres qui pensent à travers toi, qui te les envoient, appelle et ils viendront, et en effet je l'ai vu dans des occasions très fréquentes.

Qu'on moule en plâtre un animal vivant, et qu'on exécute, avec des éléments provenant d'animaux de la même espèce un animal de cette même espèce, et on verra s'il y a quelque chose de vrai dans tout ceci.

Le idées qui me sont transmises m'ont dit que mes doigts, en

(1) (Voir les harmonies mathématiques).

écrivant des écrits, suites de mes pensées avaient transmis, aux doigts de mon Sosie, des airs, et que réciproquement ces airs avaient provoqué dans les oreilles de mon Sosie des sons qui m'avaient été transmis d'abord sous forme de voix, ensuite par habitude sous forme de pensées (1).

Les idées m'ont rappelé certains faits qui viennent à l'appui d'une véritable transmission à mon esprit d'objet matériels. Dans cette longue crise où tout cela m'a été avec beaucoup d'autres choses transmis et rappelé, les idées me rappellent que dans mon enfance on a déjà pu me présenter à travers un éclair une image d'une vieille bible de Royaumont que j'avais vue le matin même et que dans ces derniers temps, au moment où je composais les harmonies célestes, des images de cette même bible se sont présentées devant mes yeux (2).

(1) On retrouvera l'origine de ces écrits dans ce qui est intitulé *Raphaëlo*.

(2) On sait que l'on a déjà trouvé que le spectre solaire se compose de radiations lumineuses, calorifiques et chimiques. Ces deux autres étant obscures, — ce qui tend déjà à faire de ces radiations, les manifestations d'un seul et même agent. Les idées seraient aussi les radiations en quelque sorte de ce même agent.

La manière dont on obtient les colorations des radiations chimiques ou calorifiques, consiste à faire passer le rayon que l'on décompose à travers une substance qui les rend lumineuses. La même chose peut arriver pour les idées transmises comme le son, à travers une substance, qui changeant leur indice de réfraction permet de les classer suivant leur couleur.

On connait également l'hypothèse de Grotius sur la nature des courants. La molécule A d'une molécule de fluide neutre se combinant successivement avec la molécule B d'une molécule suivante de fluide neutre.

'A ·B ·A B .A .B

— On serait donc parvenu en mettant l'homme ou moi dans le sens même du courant, c'est-à-dire en le supposant étendu sur le courant, à faire qu'une idée de moi soit remplacée à chaque instant par une idée des autres. — La succession d'idées d'ordre inverse de la page 12 aurait donc eu cela pour but.

Il y a donc le fait d'avoir été placé dans un courant et d'avoir subi ensuite par la multiplication des courants une sorte d'aimantation que je conserve ensuite et qui permet d'envoyer des idées dans quelque position que je me trouve. J'ai habité des appartements dont les chambres étaient entourées comme de grilles, afin de produire autour de moi une sorte de solénoïde.

Les idées sont transmises à l'aide des yeux d'un sosie devant lesquels on fait passer une bande de papier, et les oreilles d'un sosie, exécuté sur une très grande échelle auxquelles on joue à l'aide d'un orgue à pédale des airs qui de même que mes idées se transmettaient d'abord en musique se transmettent de mes oreilles à mon cerveau

Ceci m'aurait été présenté à l'aide d'un miroir articulé destiné à faire voir tous mes actes, c'est-à-dire dans lequel on peut me voir, et dans lequel réciproquement on peut me faire voir tout ce qu'on veut comme écrit sur une bande de papier que l'on déroule devant moi.

Ce qui me rend triste, c'est la pensée que j'avais abandonnée, que tout cela peut être vrai, et qu'une grande partie de ce que j'ai écrit peut n'être pas à moi, que j'ai travaillé, en un mot, sur d'autres idées comme sur les idées d'un livre, comme lorsque j'ai composé sur la tragédie de *Cinq-Mars*, sur le livre d'Alfred de Vigny. Mais ce qui me fait voir que c'est vrai, c'est qu'à côté de ces faits purement fantastiques il y en a qui sont très réels.

Ainsi, j'ai la certitude que dans les journaux il y a eu des choses se rapportant à moi, et dont ceux mêmes qui les mettaient, n'avaient pas conscience. J'ai retrouvé, aussi dans mes papiers, le commencement d'un drame, sur deux enfants dans une forêt et le lendemain du jour où je l'ai commencé, la même chose s'est retrouvée dans un feuilleton de journal je ne me rappelle plus lequel. Mes camarades en causant à table avaient toujours la plus grande amitié pour moi, et pourtant il y avait toujours une conversation où je croyais toujours que certains faits se rapportaient à moi, on parlait alternativement, à propos de situations, où je me reconnaissais, de choses très belles et de choses très mauvaises où je ne me reconnaissais plus, d'avancement excessif ou très lent dans lequel je ne me reconnaissais pas davantage.

Je ne relis même pas ces lignes, disant que je désire être promptement guéri, si ces idées sont réellement le fait d'une hallucination, être promptement éclairé si elles sont le fait d'une découverte dont mes enfants et moi, peuvent être les victimes si on leur applique le même système, et en effet, je ne comprendrais pas qu'on eût été assez simple pour ne

comme des idées nouvelles que maintenant je peux croire mêmes.

L'aimant artificiel fait que maintenant par rapport à l'équateur magnétique étant dans la position verticale, de même que mes sosies sont dans la position verticale, nous sommes dans une position telle que le courant terrestre suffit pour que les idées transmises aux uns arrivent aux autres.

Une idée envoyée me dit que l'idée première de cela se trouve dans *Raphaelo* ; ce qui est exact. On le retrouvera dans ces écrits-là, qui sont classés par ordre. Au moment où j'écris ces lignes une fourmi vient vers moi comme entendant également cette voix des idées envoyées par les sosies en suivant le courant terrestre.

pas l'appliquer à d'autres si on peut l'appliquer à moi, et qu'on m'eut bizarrement choisi pour cette expérience. (1).

VARIA

Accès d'épilepsie suivi d'inconscience ayant duré 46 heures (An epileptic fit followed by forty-six hours inconsciousness) (2),

Par Félix Roth.

Il est probable, sinon certain, qu'il s'est agi d'un accès d'épilepsie suivi d'un état d'inconscience qui a persisté avec une durée tout à fait extraordinaire et une intensité inusitée, près de 46 heures. Seul cet état a été constaté par l'auteur qui, s'il sait qu'il existe dans le pays des fièvres pernicieuses, a établi aussi que le malade offre d'autre part des antécédents héréditaires similaires directs de mère et de sœur. Celui-ci, dont les fonctions nutritives s'accomplissent normalement, est complètement insensible à toute excitation extérieure, tous ses réflexes généraux, tendineux, muqueux, sont complètement absents. Cet état, après une durée de 5 jours pendant lesquels il persista sans modifications, s'atténua peu à peu : les mouvements volontaires reparurent, puis les réflexes, enfin la conscience, et le rétablissement fut complet après quelques semaines, sans qu'il revint (5 mois d'observation) d'autres attaques.

Symptômes psychiques de la goutte, éclairés par l'histoire de W. Pitt (3),

Par J. G. Kiernan.

La goutte a une quadruple relation avec la folie : elle peut la produire, la modifier, la guérir ou être guérie par elle.

(1) Un fait particulier que je cite parmi tant de faits bizarres, c'est que chez mes parents, chez moi à Paris, des voix se sont fait entendre comme au dessus du plafond et pouvant se manifester plus clairement d'une manière plus sonore en levant des trappes destinées à m'effrayer en me faisant supposer que j'étais près d'êtres réels ; ce qui n'est pas impossible.

(2) *The Lancet*, 28 juillet 1894, n° 3700, p. 190.

(3) *Medical Standard*, juillet 1891, p. 1.

Une violente émotion peut guérir un accès de goutte. Mais il arrive souvent que la disparition des manifestations articulaires cause de graves troubles intellectuels. C'est ce qui arriva à William Pitt, premier comte de Chatham. Goutteux héréditaire, il fut débarrassé momentanément des accès douloureux, mais il devint pendant toute cette suspension, mélancolique, irritable et capricieux, et selon l'expression de Macaulay, il commit une foule d'actes qui, isolés, ne sont pas anormaux, mais dont le groupement et l'opposition évidente aux anciennes habitubes de Pitt, indiquent bien la folie; surtout il laissa libre ses collègues du Ministère, tout en leur donnant des ordres d'une arrogance inouïe; il laissa gouverner Georges III qui était fou et parut approuver ses décrets les plus insensés. Il finit par donner sa démission. Neuf mois après la goutte reparut et ramena la raison; mais, chose à noter, pendant cette période de trouble psychique il conserva toute son éloquence au point qu'on ne se doutait pas de sa folie.

Champ visuel dans l'hystérie (A further study of hysterica cases and their fields of vision) (1),

Par JOHN K. MITCHELL et G.-E. DE SCHWEINITZ.

L'auteur a examiné 25 sujets au point de vue de la vision, et il en conclut tout d'abord que l'achromatopsie des hystériques, telle qu'elle a été décrite en particulier par Galezowski et les autres observateurs français, n'existe certainement pas dans les cas américains. A son avis, l'achromatopsie ne peut servir au diagnostic différentiel entre l'hystérie et la neurasthénie; elle n'a pas de rapports constants avec les autres manifestations hystériques. Chez ces malades, c'est le champ du rouge qu'on trouve ordinairement le plus étendu, alors qu'au contraire le champ du vert est le plus rétréci.

Acromégalie et gigantisme avec hypertrophie faciale unilatérale (2),

Par L. DANA.

Relation de deux cas d'acromégalie chez des hommes de

(1) *The Journal of Nervous and Mental Disease*, janvier 1894, n° 1, p. 1.
(2) *Journal of nervous an mental diseases*, novembre 1893, p. 715-738.

stature bien au-dessus de la moyenne. Le premier avait surtout une hypertrophie notable de la mâchoire inférieure et de tout le thorax : c'était un Indien Bolivien peu intelligent qui mourut dans le coma 12 h. après son entrée à l'hôpital. Il avait une glande pituitaire énorme (pesant 4 gr. 50) adhérente en partie à la selle turcique. — Le second malade avait des pieds et des mains énormes et ce qu'il y a de plus curieux une hypertrophie remarquable de tout le côté gauche de la face. L'état général est excellent, l'appareil digestif est si bon que le malade a ingurgité sans malaise en une séance 27 assiettes de crême glacée. L'association de l'acromégalie avec une stature très élevée est du reste assez fréquente.

Trois cas de névrose par choc électrique (1),

par J. W. PUTNAM.

En juillet 1890, la foudre frappa trois jeunes filles d'un bureau téléphonique, toutes en relation avec la ligne par une armature qui fixait le récepteur près de leur oreille gauche. Elles perdirent connaissance pendant quelques minutes, puis, conservèrent pendant plusieurs jours, une violente céphalalgie avec anesthésie plus ou moins étendue du côté gauche de la tête et du tronc. La sensibilité reparut après application du pinceau faradique ; la céphalalgie cessa par le bromure et l'ergotine. Il fallut recourir à l'hypnotisme pour guérir la surdité de l'une, et la céphalalgie d'une autre, qui ne souffrait de la tête, qu'en reprenant son travail au téléphone. Pour l'auteur, il y a combinaison de symptômes hystériques (anesthésie) avec la céphalalgie, consécutive à une violente décharge électrique.

(1) *Buffalo medical and surgical journal*, octobre 1891, p. 140.

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères, place Saint-André, 3
Maison spéciale pour Journaux et Revues.



ANNALES

DE PSYCHIATRIE

ET

D'HYPNOLOGIE

NOUVELLES RECHERCHES SUR LES FACULTÉS RÉACTIONNELLES

DES

SUJETS MIS EN ÉTAT D'HYPNOTISME [1]

Par J. Luys.

Tous ceux qui s'occupent d'hypnologie savent que les sujets en état d'hypnotisme deviennent ipso facto des individualités nouvelles, dont le système nerveux est placé dans des conditions extraphysiologiques, et présentent par cela même des réactions d'une finesse tout exceptionnelle qui constituent pour les observateurs un champ d'étude tout nouveau.

Ces réactions nouvelles peuvent être appliquées non seulement à l'étude des phénomènes d'ordre physique, tels que les effluves de l'électricité, du magnétisme, — mais encore à certains phénomènes de la physiologie humaine, tels que la polarité magnétique du corps humain, déjà mise en évidence par les travaux de Dècle, la vision des effluves du côté gauche et du côté droit, etc., mais encore : — le sujet hypnotisé, dans le domaine du système nerveux, révèle alors des états spéciaux et véritables typiques, qui sont susceptibles

(1) Les recherches que je publie en ce moment ne sont que le résumé de travaux plus détaillés dont je réserve la publication pour une date ultérieure, et dont je me contente en ce moment de fixer les principaux points sous forme de propositions.

de fournir des révélations inattendues pour le diagnostic médical de certaines névroses non soupçonnées.

Je me sers donc pour ces recherches d'un sujet hypnotique comme *réactif vivant*, et suivant ses aptitudes primordiales je le dirige dans telle ou telle direction d'études. Le sujet doit être placé dans la phase de somnambulisme lucide.

Il faut avant tout, avoir bien présent à l'esprit ce fait d'observation, c'est que par cela même que le sujet est placé en état hypnotique, certains de ses appareils sensoriels acquièrent une hyperacuité extraphysiologique.— Ainsi, chez la plupart, alors que l'influx sensitif rétrocède à la surface cutanée, l'influx visuel acquiert une puissance et une hypervitalité inconnues.

Si on examine en effet à ce moment leur rétine avec l'opthalmoscope, on constate une hypérémie extraordinaire des vaisseaux, une dilatation des veines, un état d'éréthisme spécial de la circulation, qui mettent par cela même les propriétés sensorielles des cellules de la rétine dans un état d'exaltation extrême. Et alors, — quoi donc d'étonnant, si ces cellules de la rétine sont placées artificiellement dans des conditions au-dessus des conditions normales, qu'ils voient des choses qui échappent à notre vision normale ? Qu'ils perçoivent des choses que nous ne soupçonnons pas? les courants électriques, magnétiques, électro-magnétiques, et que nos yeux impuissants ne perçoivent pas normalement?

Cet examen ophthalmoscopique est le point d'appui primordial de toute recherche hypnologique, c'est un fait *objectif* qui permet de juger de la sincérité du sujet en action, et d'avoir foi dans ses réactions personnelles.

Du reste, j'ai multiplié mes recherches sur ce point de départ, et je suis à même de dire que 18 fois sur 18 sujets, moi, et d'autres médecins très compétents en opthalmologie, nous avons vérifié les mêmes données, *l'hypérémie instantanée des deux rétines* (1). C'est donc un élément fondamental véritablement scientifique sur lequel j'ai édifié toute la série des recherches qui suivent.

(1) J'ai, du reste, communiqué ces résultats il y a plusieurs années à l'Académie des Sciences, vers 1890.

Du reste, il faut savoir que le sujet avec lequel on expérimente, doit avoir des aptitudes spéciales ; il faut savoir dépister et cultiver ces sujets comme on cultive les aptitudes d'un cheval de course, ou celles du larynx d'un virtuose, auquel on arrive progressivement à faire chanter les morceaux les plus difficiles.

Eh bien ! ces conditions étant établies, je vais mettre le sujet voyant, successivement en présence d'instruments de physiques, de barreaux magnétiques — d'appareils magnéto-électriques — et inscrire les réactions qu'il éprouve ; ou plutôt (s'il a quelque habitude manuelle), je mets devant lui des couleurs d'aquarelle, des pinceaux, et je lui dis : — Mets sur un dessin préparé de l'objet à l'étude, la couleur spéciale que tu vois à tel ou tel point (1). Je le mets ensuite en présence des organismes vivants et lui fais inscrire ses impressions sans lui rien dire.

I. *Réactions en présence des instruments de physique.*

Sur une aiguille aimantée, il voit le pôle de l'aiguille qui se dirige vers le nord dégager des effluves *rouges* et sur le pôle austral des effluves *bleus*.

Sur la ligne médiane de l'aiguille, il voit des effluves jaunes — que nous retrouverons signalés sur les bobines d'induction. — Mêmes réactions pour un barreau aimanté. Pour un aimant en fer à cheval par une couronne aimantée — partout il voit les pôles magnétiques émettre des effluves différenciés *rouges* et *bleus* avec un signe intermédiaire de coloration *jaune* (2).

— Prenons maintenant une pile au bichromate ; le charbon est plongé dans le liquide, le sujet note une teinte générale jaune. Vient-on à placer les réophores aux pôles de la pile immédiatement, il signale un courant rouge d'un côté

(1) Dans toutes les expériences le sujet est en état de somnambulisme lucide.

(2) Dans l'aiguille aimantée, le pôle qui se dirige vers le nord est signalé *rouge*. Or, comme les aimants de nom contraire s'attirent, le pôle *nord* magnétique terrestre est *bleu*. C'est ainsi que dans nos recherches avec les couronnes aimantées nous considérons le pôle bleu comme analogue au pôle nord.

et bleu de l'autre, qui se dégage dans la pile, sur les armatores et les réophores.

— Même phénomène dans la mise en train de la machine de Clarke : vient-on à tourner la manivelle, les colorations des effluves restent accumulées entre les bobines mobiles et les pôles de l'aimant. Vient-on à placer les conducteurs, — les courants rouge et bleu se dessinent et sortent avec eux.

Bien plus, vient-on à mettre sur leur continuité des bobines d'induction, celles-ci sont signalées comme recouvertes d'effluves *jaunes* : apparitions intermédiaires entre les pôles rouges et bleus comme sur un barreau aimanté.

Dans une pile ordinaire à liquide oxydant, le zinc est signalé comme ayant une coloration bleue et le cuivre une coloration rouge ; au milieu du liquide une bande jaune intermédiaire est signalée, comme pour les aimants. Les extrémités des réophores dégagent des effluves bleus ou rouges sous forme de radiations.—Deux piles accouplées font voir les mêmes phénomènes : seulement les zincs et cuivres, qui sont en rapport, sont mi-parti rouges, et mi-parti bleus ; il en est de même du fil qui réunit deux piles.

Les vibrations calorifiques paraissent produire pareillement des effets sensibles sur le sujet en expérience :

Ainsi une lampe à alcool en ignition dégage des rayons rouges, bleus et jaunes que le sujet enregistre.

Il en est de même d'un tube de verre dans lequel on met bouillir de l'eau simple — lorsque l'eau est froide, rien d'apparent —à mesure qu'elle s'échauffe le sujet signale des modifications et au moment de l'ébullition il indique l'apparition des radiations rouges bleues et jaunes.

II. *Réactions en présence des organismes vivants.*

Cette sensibilité réactionnelle spéciale que le sujet hypnotisé ressent spontanément en présence des instruments chargés d'effluves électriques, magnétiques, électro-magnétiques et même thermiques — il l'éprouve pareillement en présence des organismes vivants, et donne, dirigé par les mêmes méthodes, des résultats du plus haut intérêt :

1° Il voit les effluves qui se dégagent du corps humain, et des appareils sensoriels.

Ainsi, il voit les irradiations du regard *vivant* que nos yeux *sentent* à l'état normal, mais dont ils ne perçoivent pas la coloration. Eh bien, ces irradiations sont rouges (positives) pour l'œil droit et bleues pour l'œil gauche (négatives). Elles sont variables comme intensité suivant la santé et la vitalité du sujet qu'on examine.

Mêmes phénomènes pour les autres organes des sens, dont les effluves s'extériorisent (1).

C'est ainsi que le sujet hypnotisé, mis en présence d'un individu quelconque, signale des effluves qui sortent des oreilles, des narines, des lèvres, de la surface cutanée, et il indique les effluves avec une coloration rouge à droite et bleue à gauche, avec une bande neutre jaune sur la ligne médiane qui commence à la région frontale, se prolonge sur le dos du nez et se continue jusqu'au pubis en suivant toute la ligne médiane du tronc. La répartition de l'influx nerveux se dispose donc sur le corps humain comme sur un barreau aimanté — aux deux extrémités sont les pôles avec des colorations différentes, et sur la ligne neutre un influx spécial de coloration *jaune* qui sert de séparation et paraît être un influx spécial (2).

2° Ces phénomènes d'irradiations des effluves se constatent de même chez les animaux.

J'ai soumis des chevaux, des chiens, des chats, des oiseaux, des poissons aux mêmes examens, et j'ai constaté des réactions identiques. Toujours le côté droit de l'être vivant rayonnent des effluves rouges, et sur le côté gauche des effluves bleus, avec la bande intermédiaire. Seulement, les poissons pour fournir la réaction doivent être mis hors de l'eau.

3° L'intensité des effluves des êtres vivants est proportionnelle à l'intensité des mouvements de la vie. Ils sont

(1) Si l'on se reporte aux irradiations phosphorescentes des yeux de certains animaux, des chats en particulier, aux différentes modalités du regard humain sous l'influence des excitations phsychiques, tout ceci n'est à proprement parler que l'expression naturelle des phénomènes, déjà connus, mais non pas encore exposés à l'aide de cette méthode.

(2) Voir l'ouvrage de Albert de Rochas, de l'Extériorisation de la Sensibilité, pl. II.

très vifs, très abondants chez les individus bien portants — ils sont raréfiés chez les affaiblis, les paralytiques, les hémiplégiques, etc.; — sur les cadavres, ils sont en partie éteints et paraissent vivants encore, même au bout de 24 heures (1).

Lorsqu'on ouvre le crâne chez un animal vivant, un chien, dont on met le cerveau à nu, le même sujet hypnotisé a déclaré voir le lobe cérébral droit d'une coloration rouge et le lobe cérébral gauche d'une coloration rouge ; la base de l'encéphale, le cervelet a été signalé comme donnant une irradiation jaune (?).

Au bout de trois minutes, ces colorations signalées disparaissent; elles s'évaporent avec la vie de l'animal, et le sujet cesse de les constater — il voit les mêmes régions avec une coloration *noire*, — il n'y a plus rien, dit-il, *il est mort* en parlant de l'animal en expérience (2).

Ce fait de l'apparition, sous forme de coloration noire, des régions du système nerveux qui ont cessé de vivre est d'une extrême importance au point de vue de la vitalité de certains nerfs émotifs, dans l'étude symptomatologique de l'expression faciale, principalement dans le domaine de la pathologie mentale (3).

4° Voici maintenant un fait nouveau que je ne fais que signaler et qui a rapport à l'enregistrement de ces mêmes effluves du corps humain par la photographie.

Sur des épreuves photographiques quelconques, j'ai cons-

(1) J'ai fait des expériences, avec un sujet hypnotisé, à la salle des morts de l'hôpital de la Charité.

Après 24 heures de décès, il m'a signalé un certain nombre de fois que certains yeux de cadavres projetaient encore quelques traces d'influx très minimes; mais que la plupart du temps ils étaient éteints. (Voir, pour plus de détails, la communication que j'ai faite sur ce sujet à la société de Biologie. C. rendus, 1893: *De la visibilité des effluves cérébraux*.)

(2) On peut donc dire que l'on voit le fluide vital.

(3) Certaines branches nerveuses de la face, les sus-orbitaires et sous-orbitaires, du trijumeau et facial, en dehors de leur origine centrale apparente ont encore une origine profonde plus intime, une origine *larvée* dans les régions émotives du cerveau, puisque leur vitalité met en jeu l'expression psychique de la physionomie normale. — Eh bien ! dans les lésions cérébrales profondes de la psychiatrie, ces origines larvées sont détruites, et la lésion de ces régions trophiques entraîne les dégénérescences consécutives des fibres nerveuses périphériques qui en dérivent. Cette dégénérescence est décelée par le sujet hypnotique sous forme de coloration *noire*. — C'est un point que je me réserve de développer ultérieurement.

taté que ces mêmes effluves irradiés des appareils sensoriels laissent leur impression, et que les *sujets réactifs* bien dressés, en signalent la présence! — En leur présentant une photographie, ils indiquent immédiatement (même sur des anciennes photographies datant de plusieurs années) non seulement les caractères physiologiques des effluves sensoriels, mais encore leurs anomalies, leurs colorations diverses, leurs variétés pathologiques !

J'ai pu ainsi, sur certaines photographies de sujets névropathiques qui m'avaient été confiées, faire un diagnostic rétrospectif de leur état nerveux, et chez un certain nombre de sujets réputés sains, pouvoir déceler certaines particularités du système nerveux, certaines habitudes, certaines manières d'être, qui relèvent d'états hystériques larvés ! Ces états névropathiques, la plupart du temps, sont méconnus et cependant, après coup, ils ont été reconnus justes.

Par comparaison, en mettant une série de simples gravures, devant mon *sujet réactif*, là où il n'y a rien, là où il n'y a pas eu à enregistrer d'effluves vivants il ne révèle rien, il dit que tout cela est noir — et que les yeux sont noirs (1).

Il y a là, dans cette révélation des phénomènes inédits dont je ne fais actuellement que de signaler l'existence, toute une série de faits imprévus qui, quelqu'extraordinaires et problématiques qu'ils paraissent, n'en sont pas moins réels et dignes d'attirer l'attention.

Je me contente pour le moment de prendre date, et j'espère que d'autres viendront après moi et feront fructifier le filon signalé.

La photographie dans cet ordre de recherches est encore appelée à rendre de grands services aux études neurologiques.

III. *Réactions en présence des organismes pathologiques.*

Dans l'ordre des choses de la pathologie nerveuse, les données que je viens de signaler ; l'intervention de *sujets*

(1) Il est bien surprenant de constater combien cet emmagasinement des effluves photographiques est persistant : — Ainsi, sur les portraits d'êtres vivants tirés dans les journaux illustrés quotidiens, et qui sont faits à l'aide de clichés photographiques, à un grand tirage, la visibilité des effluves par les sujets réactifs est encore possible ! — Ils les signalent encore avec leurs variétés et disent ne rien voir si on leur présente un portrait gravé ou lithographique !!

réactifs dans la symptomatologie de certains états neurologiques, — n'est pas moins digne de fournir des détails intéressants, qui nous permettent de jeter un trait de lumière sur les phénomènes si obscurs, si complexes de la répartition des forces nerveuses dont jusqu'ici on semble si peu se préoccuper, en tant qu'agent spécial de la dynamique du système nerveux.

Il ne faut demander au *sujet réactif* ici comme précédemment que ce qu'il peut donner et constater seulement ses impressions.

Ainsi, de même qu'à propos des appareils de physique, les aimants, les machines électriques, électro-magnétiques, etc...., il dit tel ou tel organe de l'appareil dégage des effluves qui suscitent en lui l'impression du bleu, du rouge, du jaune — de même chez l'homme physiologique il perçoit des impressions identiques — de même encore chez l'homme pathologique, il obéit aux mêmes impressions, et il traduit alors avec la même précision, le même automatisme, ce qu'il éprouve (1).

Pour enregistrer méthodiquement ses témoignages, je fais faire préalablement une esquisse au crayon de la figure de tel ou tel sujet à examiner, et je place le *sujet réactif* en présence de cette esquisse, avec des pinceaux et des couleurs à sa portée ; on doit faire un silence complet autour de lui. — Il retrace alors ses visions; il applique les colorations qu'il voit au côté gauche ou au côté droit des sujets examinés, bleus, rouges.

Il constitue ainsi un dossier spécial à chaque sujet examiné formant ainsi des documents précis lesquels sont l'expression des forces nerveuses en activité de chaque individu examiné.

Il résulte d'un grand nombre de documents que j'ai ainsi collectionnés chez les hommes et les femmes de mon service, qu'un grand nombre de maladies du système nerveux se caractérisent d'une façon toute spéciale à l'aide de cette méthode nouvelle d'investigation et révèlent des particularités inédites dans leur manière d'être. — Ainsi :

1° Un grand nombre d'états névropathiques (les hystéri-

(1) Il est bon de faire sur chaque *sujet réactif* l'épreuve préalable et de s'assurer s'il désigne bien comme *rouge* : un objet coloré en *rouge* — et si par hasard il n'intervertit pas les dénominations.

ques, les neurasthéniques) se caractérisent par un affaiblissement des effluves rouges du côté droit. — Ces effluves, en particulier chez les hystériques (femmes et hommes), sont violets, et le côté bleu du côté gauche, au lieu d'être bleu foncé, est bleu pâle. — Comme conséquence, l'envahissement du violet à droite est un signe d'affaiblissement général de la force nerveuse. — A mesure que les sujets guérissent, la coloration rouge qui revient dans l'œil droit est un signe de relèvement des forces nerveuses.

Chez les jeunes choréiques, l'envahissement du côté droit du corps par les effluves violets, semble indiquer les rapports intimes, si ce n'est l'identité de la chorée de Sydenham et de l'hystérie.

C'est dans ces cas que l'application des couronnes aimantées trouve sa raison d'être.

Il convient alors d'appliquer les couronnes aimantées en pôles *contrariés* sur la tête des sujets malades, le pôle rouge de la couronne sur le côté bleu du sujet ; l'échange des deux fluides de noms contraires a lieu, et au bout de quelques applications quotidiennes, l'équilibre se rétablit peu à peu, et le sujet réactif, à l'aide d'un graphique correspondant, indique les échanges fluidiques (1) et le retour des effluves rouges à l'état physiologique.

Chez les individus atteints de tremblements divers, les effluves bleus et rouges sont remplacés par des effluves de coloration *jaune*, dans les yeux, qui représentent la force magnéto-électrique que l'on trouve sur les bobines d'inductions, cette coloration jaune est probablement l'exagération de la bande de substance jaune qui, à l'état normal, est signalée sur la ligne médiane, au point de séparation des effluves latéraux bleu et rouge.

Chez les individus atteints de lésion chronique du cerveau, (les hémiplégiques, les hallucinés, les déments chroniques,) ces désordres cérébraux se révèlent par des signes appréciables sur les expansions nerveuses périphériques.

La dégénérescence centrale de certaines régions entraîne des modifications concomitantes de certains plexus péri-

(1) J'ai conservé sur ce sujet des planches très significatives qui révèlent les actions réciproques des courants nerveux en opposition avec ceux de la couronne aimantée.

phériques lesquels, au point de vue de la vie nerveuse, sont mis par ce fait hors de service ; et c'est ainsi que chez ces sujets déjà frappés dans leurs fonctions trophiques centrales, *le sujet réactif* signale sur l'esquisse concomitante, non seulement l'affaiblissement des radiations rouges et bleues, mais encore des îlots de points *noirs*, dans les régions périphériques sus-orbitaires et frontales de la face. Ce qui indique que les origines centrales des nerfs périphériques ont été déjà détruits dans le cerveau organiquement frappé.

J'ai constaté fréquemment ces résultats chez un certain nombre de paralytiques généraux, dont la mort complète n'est que la totalisation de la mort partielle des éléments nerveux.

5° Enfin, je signalerai encore une série de phénomènes qui sont les résultats de toutes ces recherches et qui les résument d'une façon complète :

Il s'agit du *souffle respiratoire* que nous exhalons de nos poumons et des effluves qu'il dégage :

D'après ce que je viens de signaler, chacun de nous, nous avons une tonalité nerveuse individuelle. Les colorations de nos pôles magnétiques sont plus ou moins intenses, plus ou moins accentuées d'un côté à l'autre, mélangées en plus ou moins fortes proportions de colorations jaunes, noires, blanches, suivant les divers états passagers de notre santé et de nos équilibres nerveux. Cet ensemble constitue pour chacun de nous, à un moment donné, notre potentiel propre, notre radiation personnelle. Eh bien ! cette totalisation spéciale de nos fluides, avec leurs inégalités individuelles, leurs variétés propres, se retrouvent d'une façon toute spéciale synthétisée dans notre *souffle expiré*.

Soit un sujet qui émet sur sa face des fluides rouges, bleus, avec des régions de colorations noire ou jaune ; — si on lui dit de souffler, il émet alors dans l'air qui sort de sa bouche, des effluves de colorations rouges, bleues, jaunes, noires, très nettes, enregistrables en un faisceau unique ; et ces éléments divers ne sont que la totalisation des effluves qui sont accumulés sur sa face et son corps.

Chaque sujet présente donc un souffle avec des particula-

rités originales spéciales et constitue ainsi un type isolé (1).

On comprend combien ces documents sont susceptibles de jeter un jour spécial sur les questions d'hygiène publique, au point de vue de l'agglomération des êtres humains, et de la compréhension des influences magnéto-électriques jusqu'ici occultes qu'ils exercent les uns sur les autres lorsqu'ils sont réunis en assemblée, et qu'ils respirent la même atmosphère pleine de radiations nerveuses et subissent l'action irrésistible de ces mêmes courants nerveux.

On peut encore se demander si chez les nouveau-nés en période d'asphyxie, les insufflations artificielles que l'on pratique de bouche à bouche, n'auraient pas pour effet (en dehors de l'oxygène) d'insuffler à l'enfant quelque chose de plus, un élément essentiel *vital* irradié de la personnalité même de celui qui insuffle.

En résumé, tout ce que je viens de dire va paraître bien étrange, j'en conviens, et on dira de tous les côtés que j'ai été trompé par mes sujets réactifs, — qu'il y a là de la supercherie de leur part —, des méprises, des erreurs de jugements de la mienne et que dans cet ordre de recherches j'ai été dupe d'un entraînement irréfléchi, comme cela a été dit bien des fois à propos de mes Etudes diverses en hypnologie.

J'accepte volontiers tout ce que des esprits légers et inexpérimentés pourront dire à ce sujet et je me contenterai de répondre :

» Ce sont là des choses nouvelles et délicates à diriger ; elles exigent l'expérience acquise par la pratique des choses de l'hypnologie; — il faut avoir appris par une expérience prolongée à manier les *sujets réactifs* et savoir les mettre à même d'opérer *motu proprio*, leurs *manifestations automatiques*.

Ces expériences ont été faites avec des sujets divers, bien éduqués ; elles ont été répétées en public, avec le contrôle des personnes qui suivaient mon service à la Charité, et qui ont été témoins indépendants de tout ce qui s'y passait.

Elles ont été répétées par différents expérimentateurs exer-

(1) J'ai dans ma collection conservé un certain nombre de dessins que je tiens à la disposition des personnes qui voudront en prendre connaissance et vérifier ces documents pris sur nature.

cés, M. le Colonel de Rochas entre autres dont on ne récusera certes pas la compétence en ces matières, et qui, dans un ouvrage récent, vient de publier une partie de mes recherches dont je donne ici le compte rendu préparatoire (1).

Je rappellerai surtout le point de départ :

Les *sujets réactifs* au moment où ils opèrent ont les rétines dans des conditions extra-physiologiques.

Cet état est constaté *de visu* à l'aide de l'ophtalmoscope.

Ils sont donc dans des conditions spéciales d'hypervitalité organique, ils ont une intensité visuelle toute nouvelle, les cellules de leur cerveau dans ses régions optiques acquièrent par cela même des aptitudes insolites pour voir les choses de la réalité ambiante ; — les régions visuelles périphériques et centrales, leurs *neurones opthalmiques* acquièrent donc des aptitudes nouvelles inconnues. — Quoi donc d'étonnant à ce qu'ils voient des choses que nous ne voyons pas et qu'ils aient ainsi, cérébralement parlant, des réactions toutes nouvelles au sujet des choses extérieures !

Ce sont là des bases d'opérations indéniables.

D'un autre côté, les sujets, dans leurs réactions sensitives des couleurs, ont évolué par eux-mêmes.

Je ne savais jamais, en présence soit d'un instrument de physique, soit d'un malade à examiner, ce qui allait se passer et quelle serait sa façon de sentir ; je l'installais avec des couleurs à sa portée, en face d'un graphique du sujet en examen et, il inscrivait les colorations au fur et à mesure qu'il était impressionné.

Il ne faut pas encore invoquer l'habitude du sujet à opérer les mêmes exercices ; je répéterai ici ce que j'ai dit et redit maintes et maintes fois : — « il y a toujours une première expérience, dans laquelle le sujet exprime inconsciemment son impression originale et personnelle » et qu'il répète ensuite.

Il ne peut subir l'influence suggestionnante de l'hypnotiseur, attendu que l'hypnotiseur lui-même ne savait ce qui allait se passer.

Tous ces faits nouveaux seront publiés plus tard avec pièces à l'appui et tous les développements qu'ils comportent.

(1) L'extériorisation de la sensibilité, p. 6. Paris, chez Chamuel, édit. Voir encore les Planches spéciales des Cosmos, n° 516, pages 80 et suiv. 1892 (?.)

PATHOLOGIE CÉRÉBRALE

SOMMEIL IMPÉRATIF

Un cas avec autopsie. Lésions de la substance grise de la région bulbaire.

Par J. Luys.

On rencontre quelquefois dans le domaine de la pathologie nerveuse, des cas de sommeil impératif dans lesquels on voit des malades pris de véritables attaques de sommeil, s'endormir subitement, au milieu de leurs occupations journalières et restant ainsi plusieurs heures consécutives absents du milieu ambiant.

1° J'ai vu entre autre le cas d'une cuisinière, mariée, mère de famille, sans aucune tare héréditaire ni accidents nerveux, qui pendant plusieurs mois, était sujette à des attaques de sommeil qui la prenaient toutd'abord à desintervalles de deux et trois semaines et qui peu à peu devinrent plus fréquentes au point de lui rendre impossible tout service actif; — cette malheureuse s'endormait quelquefois alors qu'elle était en train de préparer les repas de la maison où elle était en place.

Elle me fut amenée dans mon service, à la Charité, et en lui appliquant avec méthode la suggestion hypnotique, j'eus la bonne fortune de diminuer d'abord la fréquence de ses attaques de sommeil qui s'élevaient à deux et trois par semaine, et de les réduire à devenir seulement mensuelles.—Je perdis cette malade de vue et j'appris indirectement que l'amélioration s'était maintenue.

2° Le second cas que j'ai eu l'occasion de rencontrer est relatif à une malade de la Salpêtrière, atteinte pareillement, dans les derniers temps de sa vie, d'attaques de sommeil, et dont j'ai eu l'occasion de faire l'autopsie.

Si la clef organique de la circulation encéphalique est située au niveau de la région bulbaire comme le pensent certains auteurs, le résultat de mon examen est concordant, car j'ai constaté au niveau du collet du bulbe des lésions des organiques spéciales qui dénotent qu'au niveau de cette même région, il devait y avoir des troubles fonctionnels caractéristiques

et qui ont dû modifier les processus réguliers de la provocation du sommeil physiologique (1).

La malade en question, âgée de 77 ans, était devenue amaurotique en perdant successivement les deux yeux à quelques années d'intervalle : les douleurs de tête qui avaient accompagné la perte de la vision disparurent lorsque la cécité fut complète.

Cette malade entrée à la Salpêtrière depuis plusieurs années vivait de la vie commune comme aveugle, sans attirer l'attention d'une façon spéciale. Quelques jours avant son entrée à l'infirmerie, la surveillante de son dortoir s'aperçut qu'elle devenait indolente, qu'aussitôt après avoir pris ses repas, elle était lourde, qu'elle ne causait plus, *qu'elle s'endormait en mangeant* et qu'en somme elle était tout autre.

Une fois entrée à l'infirmerie nous pûmes pendant trois mois environ l'avoir en observation. — Nous constatâmes qu'elle était en état permanent de somnolence, qu'elle était complètement amaurotique, et que même étant assise sur son lit au moment où elle prenait ses repas, elle s'endormait malgré sa volonté. — Venait-on à la placer sur une chaise, elle s'endormait quelque temps après. — Venait-on à lui adresser quelques phrases, elle répondait d'une manière courte, mais elle ne parlait jamais spontanément ; elle sentait son état, elle s'en plaignait et *disait tristement qu'elle ne pouvait faire autrement que de dormir*. On la trouva morte subitement dans son lit un matin. Elle avait succombé à une hémorrhagie qui avait envahi les deux poumons.

A l'autopsie, j'ai constaté que le cerveau était très ferme et les méninges légèrement injectées, les artères de la base étaient très athéromateuses, l'extrémité postérieure du lobe occipital était mollasse, jaunâtre et ramollie ; ce foyer de ramollissement avait environ deux à trois centimètres d'étendue.

La coloration de l'écorce en général était blâfarde, pâle, d'une teinte de café au lait claire, les plis étaient irréguliers, sans trace d'atrophie apparente ; son épaisseur en différentes régions, me parut moindre qu'à l'état normal, pas de capillaires apparents.

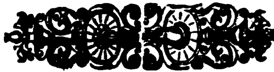
La substance blanche était sèche, poisseuse, dépourvue de

(1) Voir Luys. Recherches sur le système nerveux 1865. — De l'état de sommeil de l'axe spinal, p. 416 et suivantes. J. B. Baillière.
Et Traité de Pathologie mentale. — De l'état de sommeil des appareils cérébelleux et spinaux, Paris 1881, p. 181.

vaisseaux ; il en était de même des corps striés qui étaient pâles : les couches optiques avaient une teinte générale blâfarde sans qu'il fut possible d'y reconnaître les noyaux habituels : le cervelet ne présentait rien d'anormal, les corps rhomboïdaux étaient seuls décolorés.

La substance grise *du collet du bulbe* présentait des lésions très curieuses qui consistaient dans de *petits foyers de ramollissement* grisâtres, fusiformes, disséminés, au nombre de cinq dans son épaisseur, et dans lesquels venaient se ramifier des petites artérioles athéromateuses.

Quant aux nerfs optiques, ils étaient grisâtres et atrophiés ; la bandelette réduite à des filaments grisâtres était devenue une toile mince. Les quadrijumeaux étaient atrophiés des deux côtés et les corps genouillés étaient d'une coloration blâfarde.



STUPEUR MÉLANCOLIQUE

PAR CAUSES MORALES SANS DÉLIRE

Parachyméningite unilatérale

Par J. LUYS.

La nommée C..., 68 ans, ancienne femme de ménage, est entrée à l'Infirmerie de la Salpêtrière pour des troubles profonds du caractère qui avaient fixé l'attention de la surveillante.

Cette femme avait éprouvé des chagrins violents dans sa famille ; elle avait perdu dans la même semaine sa fille et sa petite-fille qu'elle aimait beaucoup. Quelques jours après, elle fut prise d'une profonde tristesse avec dépression physique concomitante. On l'envoya à l'Infirmerie pour se refaire. Un régime tonique lui fut prescrit, elle en profita peu ; elle se nourrissait mal et l'état de la dépression s'aggrava rapidement.

Elle demeurait taciturne, silencieuse, dans l'attitude de la sidération mentale ; elle répondait avec précision aux questions, oui, non, mais n'émettait aucune pensée, aucun désir ; elle avait de l'aversion à faire des mouvements. Placée debout, elle ne pouvait rester en station verticale. Ses yeux étaient ouverts, fixés, sans expression ; la face était pâle et sans expression.

Pendant près de sept mois, elle demeura dans cette situation de stupeur mélancolique sans délire, dans le décubitus dorsal, silencieuse, la figure couverte de sueurs profuses ; elle s'alimentait seule, avec une extrême lenteur, avec affaiblissement progressif des réservoirs pelviens et gâtisme.

Elle ne pouvait rester assise sur son lit ; elle ne présentait que de l'*asthénie* généralisée, sans *paralysies* (comme dans les lésions cérébelleuses). Elle paraissait avoir conscience du milieu ambiant, elle reconnaissait bien les personnes et les choses. L'ouïe était conservée ; de même la sensibilité cutanée ; le sommeil était calme.—Il est à noter qu'une fois le choc moral qui avait déterminé cette répercussion somatique pendant tout le temps que j'eus cette malade en observation, jamais elle ne fit une allusion aux personnes qu'elle avait perdues et qui étaient la cause de son état. Il semblait que le choc eût produit en elle un oubli subit ?

Elle succomba à des complications pulmonaires.

Autopsie. — Je constatai une épaisseur parcheminée de la dure-mère, formant une calotte continue, emboîtant tout l'hémisphère droit. C'était un épaississement fibreux d'une mé-

me épaisseur, se dédoublant en couche profonde adhérente à la pie-mère avec piqueté capillaire et des suggilations diffuses : Pas d'hémorrhagies agglomérées. C'était un tissu fibreux constitué par des capillaires de nouvelles formations à parois irrégulières, devenus fusiformes et ampullaires par places. Le reste du tissu était un stroma dense, blanchâtre comme du parchemin mouillé, analogue à de la fibrine coagulée.

Pas d'adhérence de cette néo-membrane à l'arachnoïde et à la pie-mère ; elle se décortiquait très aisément, sans laisser trace sur la surface de l'écorce de déformation par compression ; un peu d'hypérémie sur le lobe antérieur.

Sur le lobe gauche, rien de semblable, si ce n'est un peu d'épaississement grisâtre des glomérules de Pacchioni.

Coloration grise pâle de l'écorce : çà et là, sans localisation spéciale, amincissement très notable de son épaisseur, principalement au niveau de la calloso-marginale. La substance blanche a un aspect *flétri*. Les corps striés et couches optiques et les régions sous-optiques ne présentent aucune lésion si ce n'est une décoloration anémique des plus profondes, les noyaux jaunes présentent une sorte d'œdème avec imbibition séreuse, décoloration très nette du locus de Sœmmering, la substance grise de la protubérance présente une teinte blafarde généralisée et dans certains points des petits foyers d'hypérémie localisés.

Le cervelet présente dans ses régions antérieures une coloration gélatineuse, avec une apparence jaunâtre gomme-gutte, les folioles de l'écorce ont une coloration grisâtre homogène, ils semblent infiltrés et œdématiés. Rien à signaler pour les corps rhomboïdaux et les olives.

Le lobe cérébral gauche décortiqué pesait 530 gr., le lobe droit 520, celui sur lequel la néoformation s'était formée, ce qui avait dû modifier sa nutrition.

Les cellules cérébrales examinées à l'état frais, étaient toutes plus ou moins granuleuses, sans aucune forme fixe. Il y avait des corps granuleux très nombreux répartis autour des vaisseaux, ce qui indique un ralentissement généralisé dans les échanges nutritifs entre le courant sanguin et les tissus circonvoisins.

Il est très vraisemblable que cette femme, sous l'influence du choc émotif qui l'a frappée, a eu des phénomènes fluxionnaires spasmodiques dans la circulation encéphalo-méningée, qu'il s'est produit un caillot dans la dure-mère, que ce caillot

s'est infiltré et moulé sur la surface du lobe, et à la suite a subi l'évolution fatale des néoplasies similaires.

Au point de vue mental, il est évident que ce caillot, infiltré sur la surface de tout un lobe cérébral, a mis hors de service toute une moitié de l'appareil et réduit d'autant la sphère de l'activité psychique.

Les appareils électro-moteurs de la base, du cervelet, du bulbe, de la protubérance, des noyaux jaunes, du corps strié ont été par le fait même enrayés dans leur fonctionnement, et frappés d'inactivité.

C'est ainsi que cette malade ne délirait pas, qu'elle avait sa connaissance, et ne présentait en définitive que de l'anesthénie somatique (faiblesse, impotence) sans paralysie. Ce qui indiquait d'une façon corrélative l'épuisement central des réservoirs physiologiques de la force nerveuse, (décoloration, infiltration du cervelet) laquelle force met en action normalement les puissances motrices de l'activité musculaire, et secondairement les énergies psychiques.

DES HÉMIPLÉGIES ÉMOTIVES AVEC LÉSION DU LOBE DROIT

Par J. Luys (1).

Je donne ici les conclusions résumées d'un travail que j'ai fait il y a quelques années et qui, jusqu'à présent, ne me paraît pas avoir suffisamment attiré l'attention des pathologistes mes contemporains; — il s'agit de certains phénomènes émotifs que l'on voit se développer chez les hémiplégiques et qui m'ont paru se rattacher particulièrement à une lésion du lobe droit avec hémiplégie gauche.

J'ai le premier isolé le symptôme spécial, en le localisant d'une façon précise, et en l'appuyant d'observations particulières avec autopsies et une planche à l'appui.

« *Les hémiplégies gauches avec lésion exclusive localisée au lobe droit sont accompagnées presque toujours de symptômes spéciaux, c'est-à-dire d'excitation des facultés émotives. Elles coexistent avec des douleurs diffuses le long de la continuité des membres hémiplégiés, et rarement avec des contractions et des troubles sensoriels.* »

L'exaltation des facultés émotives se révèle tantôt par un ton larmoyant et de la sensiblerie dans l'expression verbale, tantôt par des rires involontaires accompagnés et suivis de l'expression de la douleur (observ. I et III) — tantôt par une véritable exaltation émotive progressive et automatique, qui devient chez les malades une véritable phase d'aliénation mentale pendant laquelle ils peuvent aller jusqu'à faire des tentatives de suicide (observ. VII).

Les lésions correspondantes à ces deux modalités morbides, l'hémiplégie et l'exaltation émotive, sont d'une part, des ramollissements du corps strié, des circonvolutions de l'insula, de la capsule externe, et — d'autre part des destructions plus ou moins étendues de la circonvolution de la première temporale qui est toujours plus ou moins intéressée dans le processus morbide qui frappe le lobe droit.

Suivant toute vraisemblance et en raisonnant d'après les faits habituellement enregistrés dans la science, les lésions du premier groupe, celles du corps strié, de l'insula, commandent les phénomènes hémiplégiques seuls ; et les lésions du deuxième groupe (celle de la première temporale) tiennent

(1) Conclusions d'un travail original publié dans le Journal *l'Encéphale*, 1881, avec planche.

vraisemblablement sous leur dépendance des phénomènes émotifs.

Nous avons exposé les raisons qui nous portent à penser en vertu de quel mécanisme ce phénomène paradoxal de l'exaltation d'une faculté cérébrale, consécutivement à une lésion destructive, se développe et comment, pour l'expliquer, on pourrait être amené à l'hypothèse de la dilacération de certains centres modérateurs de l'influx émotif.

Dans ce cas-là, ce serait la destruction de ces centres d'arrêt par le traumatisme intra-cérébral, qui mettrait en liberté les énergies émotives jusque là latentes, et leur permettrait de se développer d'une façon inconsciente et automatique. — Ce sont là des simples vues de l'esprit qui pourraient peut-être servir de points de départ à l'explication de certains phénomènes de l'activité cérébrale qui jusqu'ici n'ont pas encore reçu une solution satisfaisante.

VARIA

Tumeur du cervelet (1).

MM. Ch. Mongour et Rivière ont communiqué à la *Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux* un cas intéressant de tumeur du cervelet. Cette tumeur, qui était une gomme tuberculeuse, avait entraîné, outre les symptômes communs à toutes les tumeurs (vertiges, céphalée, etc.) une paraplégie complète dans les efforts de station debout, les mouvements des membres inférieurs, dans le décubitus dorsal étant parfaitement normaux. Les auteurs proposent de donner le nom de kinésique à cette dissociation de la motricité qui ne se rencontre que dans les tumeurs du cervelet et en est, par conséquent, un exellent signe.

Un cas de tuberculose du cervelet

Lemière et Didier

(*Journal des sciences médicales de Lille.* 7 avril 1894, p. 329 à 337)

Un tuberculeux âgé de 60 ans est raide comme un parkinsonien et bientôt présente la titubation cérébelleuse, une pro-

(1) *Bulletin Médical*, 14 décembre 1895.

pulsion vers la gauche et du vertige. Puis il est pris de hoquet, s'étouffe en mangeant et enfin meurt. — L'autopsie montre un abcès du cervelet et quelques taches de méningite à la convexité des hémisphères cérébraux. Or, l'examen bactériologique montre : 1° que ce pus contenait en abondance le bacille de la tuberculose et celui-là seul ; 2° que ce liquide injecté aux cobayes les tuait rapidement par toxinhémie, ou plus lentement par tuberculisation.

Blennorrhagie chez un homme de 103 ans (1)

Par ISAACS.

Un homme de 103 ans entra à l'hôpital pour une blennorrhagie aiguë, datant seulement de quelques jours. Cet homme n'a jamais pratiqué le coït avant l'âge de 50 ans, âge auquel il s'est marié. Il a eu plusieurs enfants. Il s'est marié deux fois, et sa seconde femme est morte il y a 12 ans. Il y a 3 ans, il a eu des chancres dont il a guéri en 15 jours. Actuellement, il déclare ne pouvoir se passer de femme. L'auteur se demande s'il y a une relation entre l'éveil tardif des appétits génitaux et leur persistance à un âge avancé chez cet homme.

L'amour est-il une maladie ? (2).

BARBONS

(*The Journal of newons and mental Disease*, juin 1894, p. 367). Comparant les affections aux phobies, l'auteur donne une description des amours morbides. Il en décrit les symptômes angoissants, les formes aiguë, subaiguë et chronique. Pour le diagnostic, il signale l'importance des modifications du pouls au moment où le malade pense à son sujet favori. Le traitement consiste surtout dans l'endurcissement par les exercices physiques, les voyages et le raisonnement.

BIBLIOGRAPHIE

Revue mensuelle Internationale de Photographie médicale.

Mai 1895.

SOMMAIRE.

Recherches sur la Photographie instantanée à l'aide du Kinitoscope, par M. le Dr MOUNT BLEYER (de New-York). En anglais.

(1) *Medical Record*, 14 avril 1894, p. 462.
(2) *Revue Internationale*, 25 Août 1894.

Microphotogramme de la circulation chez la souris blanche et chez l'homme, par le Dr C. Engel, de Berlin. (*Suite.*) En allemand.

Bibliographie.

Itzerott et Niemann. *Atlas microphotographique de bactériologie*, chez J. A. Barth, à Leipzig, 1895.

Fournier et Gilles de la Tourette. *Contribution à l'étiologie de la Paralysie spinale enfantile*, traduit en allemand, avec figures.

Lange. *Les recherches sur la transparence des tumeurs et des exsudats à l'aide de l'éclairage.*

Souques et Charcot. *Un cas de paralysie double par compression du muscle Deltoïde*, avec 2 figures. Nov. Icon. de la Salpêtrière, 1895.

Sociétés savantes.

Varia.

—

Revue mensuelle Internationale de Photographie médicale.

Juin 1895.

SOMMAIRE.

Les hernies musculaires, par le Dr P. Paradies Wurzburg, avec 6 figures.

Sur le moyen de rendre transparentes les préparations macroscopiques de l'organe de l'ouïe, par le Dr L. Katz.

Etudes de physiologie morphologique. De la forme du corps en mouvement, par Paul Richer (avec 1 planche). En français.

Nécrologie.

Carl Thiersch, par le professeur Landerec, de Stuttgart.

Karl Ludwig, par le Dr Herz, de Vienne.

Bibliographie.

Braune. *La marche chez l'homme*, chez Hirzel, à Leipzig, 1895.

Lombroso. *Les anarchistes.* En allemand. Chez Richter, à Namburg, 1895.

Sociétés.

Communications sur la technique photographique.

—

Revue Internationale de photographie médicale.

Août 1895.

SOMMAIRE.

L'expression du visage dans la colère chez les aliénés, avec 3 tableaux, par M. Th. Ziehen. (En allemand.)

Réponse électrique à l'excitation du muscle et son rapport avec la loi mécanique, par J. Burdon-Sarderson, avec 11 figures (en anglais).

Petites communications de photographie médicale.
Communications de technique photographique, par le professeur OTTO WIENER, d'Aix-la-Chapelle,

Nouvelles dans l'art de photographie.

Divers.

Revue Internationale de photographie médicale.

Septembre 1895.

SOMMAIRE.

Réponse électrique à l'excitation musculaire et son rapport avec la loi mécanique, par J. BURDON-SANDERSON, avec 1 planche et 10 figures. (*Suite.*)

Bibliographie.

Précis iconographique d'anatomie normale de l'œil, par ROCHON-DUVIGNEAUD. Paris, 1895. Société d'éditions scientifiques.
Statistique moderne des naissances dans le rétrécissement du bassin de la femme, par NEUGEBAUER, avec 4 figures.

Sociétés savantes.

Communications de technique photographique, avec 3 figures.
Revue des nouvelles découvertes dans la photographie.

Divers.

Revue Internationale de photographie médicale.

Octobre 1895.

SOMMAIRE.

Stéréogramme photographique, par le prof. G. FRITSCH, avec 1 planche et 1 tableau. (En allemand.)
Réponse électrique à l'excitation du muscle et son rapport avec la loi mécanique, par J. BURDON-SANDERSON (*suite*), avec 12 figures. (En anglais.)

Sociétés savantes.

Le Club médical de Vienne.
Traitement du myxœdème, par RIE.
Sociétés des médecins de Zurich.
Kyste dermoïde de l'orbite, par HAAB.

Communications de technique photographique.

Divers.

TABLE ANALYTIQUE DE L'ORDRE DES MATIÈRES

Anatomie.

Anatomie pathologique.

Physiologie.

Pathologie du système nerveux.

Hygiène et médecine légale.

Chirurgie du cerveau et de la moelle épinière.

Psychiatrie.

Hypnologie.

Thérapeutique.

Sociétés. Revues. Congrès.

Varia.

Table par ordre alphabétique

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères, place Saint-André, 3.
Maison spéciale pour Journaux et Revues.




3 2044 081